ATLAS

DE

ESTAMPAS DE ARTE OBSTETRICIA

DO DOUTOR

DIETR. WILH. HEINR. BUSCH,

PROFESSOR DE MEDICINA E DIRECTOR DO INSTITUTO CLINICO DA ARTE DOS PARTOS NA UNIVERSIDADE DE BERLIM.

COPIADAS E VERTIDAS DO ORIGINAL ALLEMÃO

PELO DOUTOR

F. KESSLER,

MEDICO DE SUA MAGESTADE ELREI D. FERNANDO II.

COADJUVADO

POR

J. DA R. MAZAREM,

LENTE DE PARTOS NA ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DE LISBOA.

LISBOA

NA IMPRENSA NACIONAL.

1842.

Lista dos Subscriptores.

Sua Magestade ElRei o Senhor D. FERNANDO II.

Ill.^mos Sñr.^s Albano José de Abrunhosa.

Alexandre João Valente.

André Avellino Barradas.

Antonio Bento Ribeiro Vianna.

Antonio Joaquim Farto, *Director da Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*

Antonio Joaquim Farto da Costa.

Antonio Joaquim José Ferreira da Silva.

Antonio Joaquim de Sousa Freitas Junior.

Antonio José de Lima Leitão, *Lente na Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*

Antonio José Nunes.

Antonio José de Sousa.

Antonio José de Sousa Pinto, *Vogal do Conselho de Saude Publica.*

Antonio Maria da Trindade Sardinha.

Antonio Maria Franco.

Antonio de Oliveira Guifão.

Antonio Vicente Gomes.

Ex.^mo Sñr. Barão de Almeida.

Ill.^mos Sñr.^s Dr. Bernardino Antonio Gomes, *Presidente do Conselho de Saude Naval, e Lente na Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*

Caetano Ignacio Pinto de Almeida, *Medico com o partido da Camara da Villa de Ferreira, na Provincia do Alemtéjo.*

Ill.^{mos} Sñr.^s Caetano Maria Ferreira da Silva Beirão, *Medico do Hospital Nacional e Real de S. José*, e *Deputado ás Côrtes.*
Candido José Rodrigues Vieira.
David Antonio Corazzi.
Diogo Antonio de Sequeira.
Dyonisio Ferreira Freire.
Elias José de Moraes.
Estevão Affonso Junior.
Eusebio José da Silva Barboza.
Filippe José de Carvalho e Castro.
Filippe Maria Barboza, *Vogal do Conselho de Saude Naval.*
Francisco Alberto de Oliveira.
Francisco Augusto Corrêa Leal.
Francisco de Figueiredo.
Francisco Ignacio dos Santos Cruz, *Vice-Presidente do Conselho de Saude Publica.*
Francisco Lopes de Oliveira Velho.
Francisco Maria de Méra.
Guilherme Caunon Morley.
Guilherme José Filippe de Almeida.
Ignacio Quintino de Avelar.
Dr. João Antonio Brignoli.
João Antonio Gomes de Sousa.
João Antonio de Oliveira.
Ex.^{mo} Sñr. João Baptista Filgueiras.
Ill.^{mos} Sñr.^s João Corrêa de Faria.
João Esteves de Oliveira.
João Franco Monteiro.
João Gregorio Redrigues.
João José Carrera.
João José Pereira, *Lente na Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*
João José de Sousa e Silva, *Vogal do Conselho de Saude Publica.*

Ill.^{mos} Sñr.^s João Mendes Arnau.

João Pedro Barral, *Lente Substituto na Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*

João Victorino Pereira da Costa.

Joaquim Antonio dos Prazeres Batalhoz.

Joaquim Candido da Costa.

Joaquim Felix da Costa.

Joaquim José de Almeida.

Joaquim Martins Franco.

Joaquim Theotonio da Silva.

José de Almeida e Cruz.

José Antonio de Azevedo, *Membro do Conselho de Saude do Exercito.*

José Candido Loureiro.

José Carlos Moreira Bragança.

José Daniel Pereira.

José Eduardo Magalhães Coutinho.

José Gascon.

José Gomes.

José Lourenço da Luz, *Lente na Escola Medico-Cirurgica de Lisboa.*

José Maria Guedes.

Dr. José Maria Ribeiro.

José do Nascimento Gonsalves Corréa.

Dr. José Pereira Mendes, *Lente Substituto na Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*

Dr. José Romão Rodrigues Nilo.

José Vaz Monteiro.

Lourenço Antonio Corrêa.

Ex.^{mo} Sñr. Luiz Candido de Tavares Osorio.

Ill.^{mos} Sñr.^s Luiz Cezar Bourquim.

Manoel Carlos Teixeira, *Lente na Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*

Ill.mo Sñr. Manoel José Diniz.

Ex.mo Sñr. Marquez de Alvito.

Ill.mos Sñr.s Matheus José Villela.

Mauricio José da Silva.

Nicoláo Tolentino de Carvalho Villa.

Paulo Godinho da Silva.

Dr. Pedro José de Oliveira.

Thomás da Piedade Pinto de Figueiredo.

Ill.mas Sñr.as Carolina da Assumpção, *Parteira approvada pela Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*

Joanna Rosa Cardia, *Parteira approvada pela Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*

D. Justa Mathilde de Carvalho, *Parteira approvada pela Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*

Maria José, *Parteira.*

Maria dos Prazeres, *Aspirante matriculada na Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa.*

Prefacio dos Traductores.

Os Traductores do Atlas da Arte dos Partos lisongeiam-se de haverem feito um importante serviço ao seu Paiz na publicação d'esta Obra de que tanto se carecia. Em verdade, uma Obra que facilita traçar no pensamento as imagens dos mais importantes pontos da doutrina deste ramo da arte de curar, é util e proveitosa, e torna-se indispensavel para aquelles, que com maior ou menor assiduidade o exercitam.

A utilidade de similhantes publicações é hoje tão notoria, que fôra superfluo demonstra-la, no em tanto offerecemos como prova do facto, de as vermos reproduzidas com a maior frequencia nos Paizes Estrangeiros, onde a Sciencia se cultiva com grande aproveitamento.

Escolhemos com preferencia o Atlas de Estampas Obstetricas do Dr. Busch, porque entre as muitas obras desta natureza, nenhuma nos pareceu, por sua concisão e clareza, mais digna de ser Nacionalisada.

Confiâmos que os nossos Collegas Medicos e Cirurgiões hão de bemdizer a resolução que tomámos, porque com ella se consegue a acquisição de uma Obra deste genero, que em linguagem portugueza não possuiamos.

E aqui faltariamos á verdade conhecida se deixassemos de ponderar, que a ausencia de taes Obras entre nós tem sido devida mais ao alto preço porque os objectos de gravura eram pagos nos tempos passados, do que ao atrazo da Sciencia Medica, que sempre em Portugal hombreou com o progresso das Nações as mais illustradas. Hoje felizmente o adiantamento daquella Arte, e sobre tudo o da lithographia, permitte emprehender com muito menores despezas estas proveitosas publicações.

Os Traductores muito folgam poder annunciar que empregaram todo o esmero para a Obra sahir com a maior perfeição possivel, tanto pelo que respeita a nitidez das Estampas, como ao excellente typo da impressão e melhor qualidade de papel, e por isso confiam que a Obra será bem acolhida do Publico illustrado.

Taboa I.

Bacia de mulher, de homem, e de creança.

A fórma da bacia de mulher mostra, logo á primeira vista, uma notavel differença da de homem, e da de creança; a sua escavação é formada de um modo tal, que não sómente permitte o transito ao féto, mas tambem dirige-o debaixo de certos preceitos e regras.

Pelo que respeita á bacia de homem, na sua conformação em geral, e na proporção de cada um de seus ossos em particular, assemelha-se com a maior e mais volumosa bacia de creança, por quanto as escavações de ambas não manifestam especiaes differenças entre si.

A bacia de mulher desenvolve-se desde a época infantil com a especial fórma do seu sexo, de modo que os ossos que a compôem manifestam, tanto a respeito do tamanho como a respeito da direcção, uma differença, que muito a distingue das duas outras bacias.

É principalmente na sua escavação, nos seus diametros e nas suas dimensões, que ella se dintingue da de homem. A de mulher é formada para transitar por ella o féto na occasião do parto, em quanto que a de homem, por sua robustez, a dar ao tronco um efficaz apoio. A escavação é tambem destinada em ambos os sexos a encerrar os orgãos da defecação e excreção da urina.

2

I. Bacia de mulher.

Quando a mulher tem chegado á época da puberdade, a sua bacia tem obtido a perfeição que é propria ao seu caracter sexual. Não obstante serem os seus ossos delicados, mimosos e um pouco arqueados, com tudo possuem a sufficiente firmeza. As suas cristas iliacas são assaz fortes, as apófises espinhosas pouco inclinadas, e as superficies osseas mais lizas que as do homem. Ordinariamente pésa uma libra, podendo ter o augmento ou a diminuição de tres onças.

A parte posterior da bacia é formada pelas ultimas vertebras lombares e pelo osso sacro, de quem a união no pormontorio avança muito e fórma o angulo sacro-vertebral, que na bacia de homem é mais recuado.

O osso sacro é formado de quatro, de cinco, e raras vezes de seis peças osseas, mediocremente curvado de modo que a profundidade total desta curvadura, de cima a baixo, é de nove linhas, podendo variar entre seis e dôze. A curvadura transversal de um e outro lado é de seis linhas. O comprimento de cima a baixo é de quatro polegadas, e a largura, na sua maior amplitude, é tambem de quatro polegadas.

Os ossos iliacos, que formam as paredes lateraes da grande bacia, são mui desenvolvidos na de mulher, e contribuem, principalmente com as suas linhas innominadas, a formar a conjugata (1) da entrada da bacia. O maior comprimento delles, na margem superior, é de seis polegadas e meia, e a maior largura é de tres polegadas e meia.

---

(1) Os Allemães dão o nome de conjugata ao diametro antero-posterior do estreito abdomninal, termo com que os Mathematicos designam o menor diametro de uma clypse: nos preferiremos o nome de diametro antero-posterior ao de conjugata. *Nota dos Traductores.*

Os ossos pubis desenvolvem-se de duas maneiras notaveis; os ramos horizontaes caminham um tanto curvados para a symphysis pubiana, e contribuem a formar o estreito superior, ou entrada para a pequena bacia; os ramos descendentes dirigem-se tambem no sentido curvado para a parte inferior e externa, e concorrem por este modo a produzir a espaçosa arcada pubiana.

A margem superior dos ramos horizontaes é um tanto curvada para fóra e para diante, de modo que a sua face interna apresenta uma profundidade; a margem anterior dos ramos descendentes é da mesma maneira dirigida para fóra, de sorte que a arcada pubiana apresenta tambem na sua face interna uma mediocre profundidade.

Resulta disto, que a bacia normal de mulher apresenta principalmente os seguintes aspectos, de que essencialmente depende a sua regularidade, quando ao mesmo tempo existem as proporções nos diametros, que depois hão de ser considerados.

1. O tamanho e posição dos ossos iliacos (Fig. 1, *a. a.* Fig. 2, *a. a.*) dos quaes principalmente é formada a grande bacia ou bacia superior, assim como parte da entrada da pequena bacia, ou estreito superior. Quando os ossos iliacos tem o tamanho acima indicado e são moderadamente curvados na sua face interna, de modo que as espinhas anteriores e superiores se acham um pouco mais mettidas para dentro, que a grande curvadura da sua crista; quando, além disso, a direcção delles é pouco elevada, e ao mesmo tempo inclinada para os lados, para darem o sufficiente apoio lateral ao utero gravido, póde dizer-se que elles são normalmente construidos. Quando os ossos iliacos são excessivamente pequenos, demasiadamente elevados e planos, provêm disto muitos inconvenientes á prenhez.

2. A arcada pubiana (Fig. 1, *b. b.*), é na bacia bem con-

formada de mulher, muito differente da de homem e da de creança (Fig. 3, e 5), permittindo não sómente, pela sua largura, a sahida ao féto, mas tambem facilitando-a muito pelo seu escavado arqueado, que na bacia bem construida apresenta um angulo de noventa a cem gráos.

3. A entrada da pequena bacia, ou estreito abdominal (Fig. 2, *b. b. c. c. d. d. e.*), tem uma tão particular importancia para por ella penetrar a cabeça do féto, que quando é alterada quer na sua forma, quer no seu tamanho, torna-se por isso uma frequente causa de obstaculos ao parto.

A estampa (Fig. 2), que representa a entrada de uma ordinaria bacia normalmente construida, mostra (*b. b.*) que parte tomam as curvaduras transversaes do osso sacro na formação desta entrada, assim como a pequena restricção que faz o promontorio (*e.*) á face posterior della. E' tambem assaz importante a parte, que toma a linha innominada dos ossos ilions (*c. c.*) para a sua formação, como tambem os ramos horizontaes dos ossos pubis (*d. d.*), que sendo comedidamente arqueados na parte anterior se unem na symphysis pubiana (*f.*).

A entrada ou estreito abdominal de uma bacia ordinaria e bem formada, apresenta um oval transversalmente lançado, o qual na sua face posterior tem, por causa do promontorio, um relevo, pelo que a maior largura ou diametro transversal, não se acha no meio, mas um pouco para traz, e a face anterior é mais estreita e moderadamente arredondada.

II. Bacia de homem.

A bacia de homem apresenta logo no seu aspecto anterior (Fig. 3) uma grande differença da de mulher (Fig. 1) O osso sacro (*a.*) é mais estreito; os ossos iliacos (*b. b.*) mais pequenos e mais espessos; a arcada pubiana (*c.*) mais esguia, o que restringe muito a sahida da pequena bacia, ou estreito pe-

rineal, e por isso se assimelha mais com a bacia de creança (Fig. 5).

O estreito abdominal da bacia de homem (Fig. 4) não differe da bacia de mulher tanto pelo que respeita aos seus diametros, quanto pelo que que respeita á sua forma; fazendo a curvadura transversal do osso sacro (Fig. 4, *a. a.*) e a curvadura lateral das linhas innominadas dos ossos ilions (Fig. 4, *b. b.*) um angulo, e dirigindo-se os ramos horizontaes dos ossos pubis quasi em linha recta para a symphysis pubiana (Fig. 4, *c. c.*). O promontorio do osso sacro (Fig. 4, *d.*) é menos prominente que o da bacia de mulher. A bacia de homem pesa uma e meia até duas libras.

III. Bacia de creança.

A bacia de creança (Fig. 5, e 6.) assimelha-se mais com a de homem que com a de mulher. Os seus ossos ilions (Fig. 5, *a. a.*) são pequenos; o osso sacro (Fig. 5, *b.*) estreito; a arcada pubinana (Fig. 5, *c.*) pontuda. O estreito superior tem a fórma oval dirigida detraz para diante (Fig. 6, *a. a. b. b. c. c.*) e por consequencia no sentido opposto á de mulher.

Taboa I.

Fig. 1. O aspecto anterior da bacia normal de mulher.

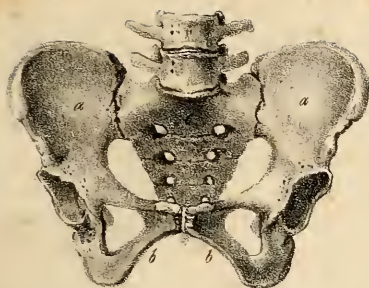
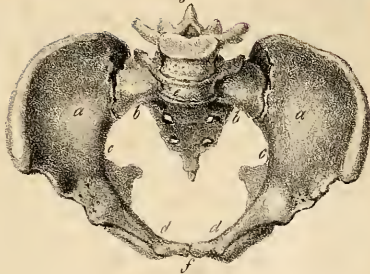
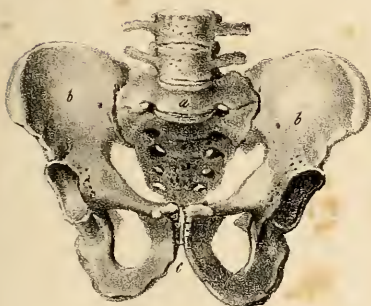
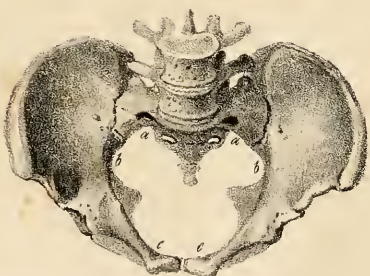
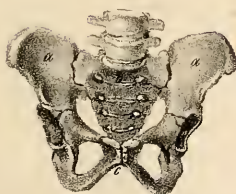
Fig. 2. O estreito superior da bacia normal de mulher.

Fig. 3. O aspecto anterior da bacia de homem.

Fig. 4. O estreito superior da bacia de homem.

Fig. 5. O aspecto anterior da bacia de creança.

Fig. 6. O estreito superior da bacia de creança.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 Lx.a

Taboa II.

Alteração de fórma, que se observa na bacia regular de mulher. Bacia de quadrupede.

A ENTRADA da bacia de mulher, ou estreito superior, sua mais importante parte, ainda que ordinariamente offereça a fórma descripta (Tab. I, Fig. 2), comtudo algumas vezes apresenta alterações, que são representadas pelas differentes fórmas, que conseguintemente vamos descrever.

Todas estas differentes fórmas de estreitos superiores de bacias pertencem ainda ás regulares, e por isso não prejudicam o parto, quando não occorrem outros obstaculos.

1. O estreito superior com a semelhança do naipe de copas das cartas de jogar (Fig. 7) apresenta as ordinarias curvaduras transversaes do osso sacro (*a. a.*); as linhas innominadas dos ossos ilions tem ainda no começo alguma curvadura (*b. b.*); porém continuam depois quasi rectamente para os ramos horizontaes dos ossos pubis (*c. c.*), os quaes caminham na mesma direcção para a symphysis pubiana (*d.*), e o promontorio do osso sacro adianta-se muito. Esta configuração do estreito superior de bacia tem alguma desvantajem, porque na parte anterior offerece uma falta de espaço á cabeça do féto, quando esta for volumosa.

2. A fórma oval transversa do estreito superior de bacia (Fig. 8), que é o resultado do excessivo comprimento do seu

diametro transversal, não lhe altera a boa conformação, quando todas as mais proporções são boas. Os ossos iliacos (*a. a.*) são ordinariamente alguma cousa planos; as curvaduras transversaes do osso sacro (*b. b.*) são diminutas; o promontorio sagrado (*c.*) avança um tanto; as linhas innominadas dos ossos ilions (*d. d.*) curvam-se muito para os lados, e fazem com os ramos horizontaes dos ossos pubis (*e. e.*) uma curva quasi plana para a symphysis pubiana (*f.*). Quando a cabeça do féto é muito volumosa, ordinariamente, neste caso, penetra com a sutura sagital no parallelo do diametro transverso do estreito superior.

3. A fórma arredondada do estreito superior de bacia (Fig. 9) é o resultado da igualdade de extensão dos dois diametros, o antero-posterior e o transversal. As curvaduras lateraes do osso sacro (*a. a.*) são regulares; a prominencia do promontorio (*b.*) moderada; e as linhas innominadas dos ossos ilions (*c. c.*), modicamente curvadas, dirigem-se para a parte anterior a unirem-se aos ramos horizontaes dos ossos pubis (*d. d.*), formando com elles uma regular curvadura para se unirem na symphysis pubiana (*e.*). Esta fórma de estreito superior de bacia é reputada a melhor.

4. O estreito superior oval comprido ou de fórma conoíde (Fig. 10), raras vezes se encontra em bacias de mulheres europêas; manifestamente apresenta a estabilidade de fórma de bacia infantil (Tab. I, Fig. 6). As curvaduras lateraes do osso sacro são um pouco grandes; a prominencia do promontorio (*b.*) pouco sahida; as linhas innominadas dos ossos ilions (*c. c.*) dirigidas rectamente para a parte anterior; os ramos horizontaes dos ossos pubis (*d. d.*) caminham no mesmo sentido, porém depois curvam-se repentinamente para se unirem na symphysis pubiana (*e.*); mas algumas vezes esta união se faz por uma concorrencia subita como na (Fig. 7 *d.*). O diametro antero-posterior deste estreito é sempre maior que o

transversal, e a cabeça do féto penetra nelle com a sutura sagital no parallelo do primeiro diametro.

5. O estreito superior quadrilatro (Fig. 11) é assim chamado por apresentar uma fórma quasi quadrangular. A curvadura transversa do osso sacro (*a. a.*) é diminuta; o promontorio (*b.*) pouco avançado; as linhas innominadas dos ossos ilions (*c. c.*) caminham insensivelmente curvadas, ou quasi rectas para a parte anterior; e os ramos horizontaes dos ossos pubis (*d. d.*), antes de se unirem na symphysis pubiana (*e.*), fazem uma curva plana. Esta fórma de estreito de bacia é a que melhor favorece o parto, porém é pouco commum.

6. A bacia de quadrupede (Fig. 12) é necessaria para fazer a sua comparação com uma bacia humana. A que se vê aqui representada é a de um porco, em posição recta. O osso sacro (*a. a.*) é um tanto largo na parte superior, e muito estreito inferiormente; os ossos ilions (*b. b.*) são mui pequenos; a symphysis pubiana (*c. c.*) é extensa e tão descida, que fica defronte da extremidade inferior do osso sacro. Por consequencia a inclinação da bacia dos quadrupedes, comparada com a de homem, é mais consideravel; o seu canal é mais largo, porque a parede posterior não tem defronte uma parede anterior, e esta se acha opposta ao movivel osso coccyx.

Taboa II.

Fig. 7. O estreito superior da bacia com a fórma do naipe de copas.

Fig. 8. O mesmo estreito com a fórma oval transversa.

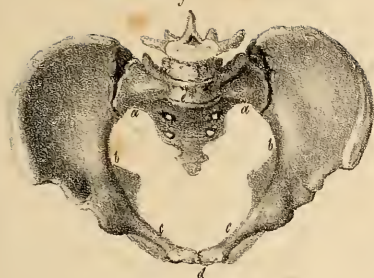
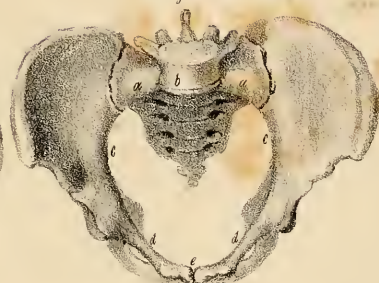
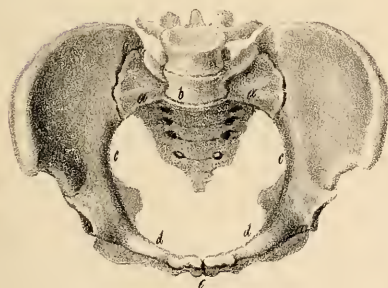
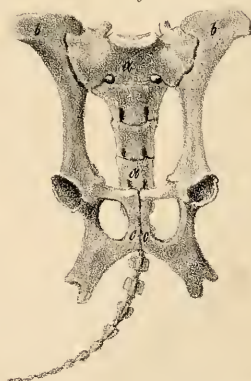
Fig. 9. O mesmo estreito com a fórma arredondada.

Fig. 10. O mesmo estreito com a fórma conoide.

Fig. 11. O mesmo estreito com a fórma quadrilatra.

Fig. 12. A bacia do quadrupede.

Tab. II.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 Lx.a

Taboa III.

Dimensões e diametros da bacia normal de mulher.

Para se designarem as dimensões da bacia normal de mulher, divide-se esta em diversos districtos, dos quaes cada um deve ter seus determinados diametros, representados segundo a sua ordinaria conformação (Tab. I, Fig. 1 e 2), que mostram algumas modificações na sua fórma particular (Tab. II, Fig. 7 a 11)

Divide-se toda a bacia em grande ou superior, e em pequena ou inferior. O promontorio do osso sacro, a margem superior-anterior d'elle, as linhas innominadas dos ossos ilions, e o bordo superior dos ossos pubis, formam a extrema ou limite de ambas.

A grande bacia ou bacia superior (Tab. III, Fig. 13) é formada a sua face posterior pelas ultimas vertebras lombares; as faces ou paredes lateraes, pelos ossos ilions; e na parte anterior, onde a parede não é ossea, é rodeada pelos ligamentos fallopianos e musculos abdominaes. Tem dois diametros transversos, dos quaes o posterior, quando a fórma dos ilions é regular, é maior meia polegada que o anterior. O diametro transverso posterior, o mais amplo, medido da maior curvadura de uma crista iliaca á outra (Fig. 13, *a. b.*), tem ordinariamente dez polegadas. O diametro transverso anterior, ou pequeno, mede-se de uma espinha iliaca anterior e superior á ou-

tra (Fig. 13, *c. d.*), tem nove polegadas e meia. Sendo os ossos iliacos alguma cousa mais elevados, estes diametros são menores; porém o anterior não deve ter menos de oito polegadas e meia, e o posterior não menos de nove polegadas.

A pequena bacia ou bacia inferior tem quatro aberturas ou districtos:

1. A entrada da bacia, abertura superior *(apertura-pelvis superior seu abdominalis)* (Fig. 14), tem quatro diametros:

a. O diametro antero-posterior *(diameter conjugata)*, lançado do promontorio do osso sacro até ao bordo superior da symphysis dos ossos pubis (Fig. 14 *a. b.*), tem quatro polegadas.

b. O diametro transverso *(diameter transversa)* collocado do ponto mais curvado da linha innominada de um lado até ao mesmo lugar do outro (Fig. 14, *c. d.*), tem cinco polegadas.

c. O primeiro diametro obliquo, situado da symphysis sacro-iliaca direita, á união esquerda do osso iliaco com o osso pubis (Fig 14, *e. f.*), tem quatro até quatro polegadas e meia.

d. O segundo diametro obliquo, vai da symphysis sacro-iliaca esquerda até á união direita do osso iliaco com o osso pubis (Fig. 14, *g. h.*), tem quatro polegadas e meia.

2. A segunda abertura ou districto medio (Fig. 15) tem uma fórma e direcção opposta á da primeira, apresentando um oval que caminha de diante para traz; notam-se-lhe dois diametros:

a. O diametro antero-posterior, postado do meio da união da segunda com a terceira peça ossea do sacro, até á parte media da face interna da symphysis pubiana (Fig. 15, *a. b.*), tem quatro e meia polegadas, e sendo mui curvada a excavadura do sacro, tem até cinco polegadas.

b. O diametro transverso, parte do fundo de uma das fossas

cotyloidas *(acetabulum)* e termina no da outra (Fig. 15, *c. d.*), tem quatro até quatro polegadas e meia.

3. A terceira abertura ou districto (Fig. 16) é o espaço mais estreito da bacia, tem dois diametros:

a. O diametro antero-posterior, que vai da extremidade inferior do osso sacro, ao bordo inferior da symphysis pubiana (Fig. 16, *a. b.*), tem quatro polegadas.

b. O diametro transverso, postado de uma espinha do osso ischion á outra (Fig. 16, *c. d.*), tem de tres polegadas e tres quartos a quatro polegadas.

4. A quarta abertura, estreito inferior ou sahida da pequena bacia (Fig. 17), tem dois diametros:

a. O diametro coccygio-pubiano, vai da ponta do coccyx á parte inferior da symphysis pubiana (Fig. 17, *a. b.*), tem tres polegadas e meia de extensão; porém pelo recuo do osso coccyx póde augmentar até obter quatro polegadas e meia.

b. O diametro transverso acha-se entre as duas tuberosidades dos ossos ischions (Fig. 17, *c. d.*), tem quatro polegadas.

Os diametros antero-posteriores das quatro aberturas ou districtos, acham-se recapitulados (Fig. 18) postos em um perfil de bacia, representados uns por cima dos outros. 1) O diametro antero-posterior da entrada superior da bacia (Fig 18, *c. d.*); 2) o diametro antero-posterior mediano (Fig. 18, *e. f.*); 3) o diametro antero-posterior da terceira abertura (Fig. 18, *g. h.*); e 4) o diametro antero-posterior da sahida da bacia (Fig. 18, *i. k.*).

A mesma estampa (Fig. 18) representa tambem a inclinação da bacia regular, que é ordinariamente de quarenta e cinco gráos a sessenta; o eixo da excavação (Fig. 18, *a. b.*) é uma linha curvada, que desce pelo centro do canal da bacia.

Taboa III.

Fig. 13. A grande bacia com os seus dois diametros transversos.

Fig. 14. A entrada ou estreito superior da bacia com os seus quatro diametros.

Fig. 15. A abertura media com os seus dois diametros.

Fig. 16. A terceira abertura com ambos os seus diametros.

Fig. 17. O estreito inferior ou sahida da bacia com os seus dois diametros.

Fig. 18. Um perfil de bacia, com o eixo da excavação e os diametros antero-posteriores das quatro aberturas.

Tab III.

Fig. 13.

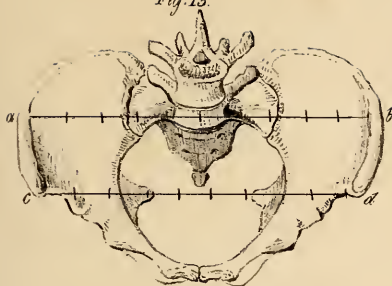



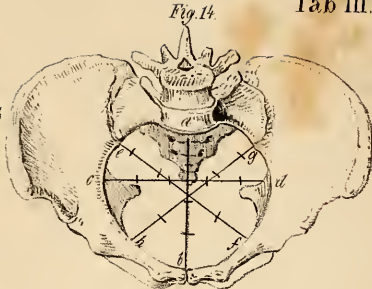
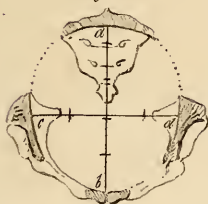
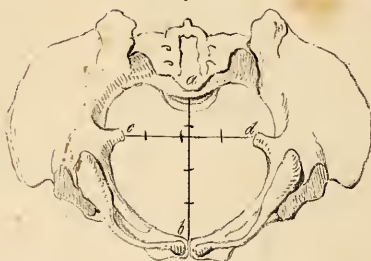
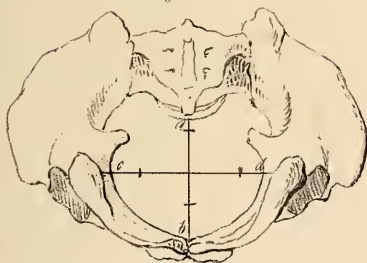
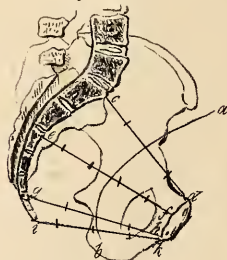
Fig. 14.

Fig. 15.

Fig. 16.

Fig. 17.

Fig. 18.

Lith. de A. S. de C.ta R. N. dos M.tes N.º 12 Lx.a

Taboa IV.

Differentes fórmas de bacias irregulares, provenientes da sua primitiva formação e desenvolução.

Nesta primeira classe de bacias anormaes se incluem aquellas, de quem a fórma irregular não lhe provém de doença mas sim da sua primitiva formação e do seu viciado desenvolvimento até á puberdade, o que lhe determina deformidades no tamanho e na figura, a ponto tal, que o trabalho do parto se exerce com mais ou menos irregularidade.

1. Bacia excessivamente grande na sua totalidade (Fig. 19) é aquella, que não apresentando alteração na sua fórma, tem todos os seus diametros e dimensões demasiadamente grandes a tal ponto, que o parto de um féto de tamanho ordinario não soffre resistencia e se faz com acceleração. Geralmente acontece isto quando todos os diametros tem um augmento de meia polegada. A maior bacia que se tem observado com exactidão, tinha em todos os seus diametros uma polegada de excesso; de modo que qualquer bacia demasiadamente grande póde ter, em todos os seus diametros, de meia até uma polegada de mais.

2. A bacia demasiadamente pequena (Fig. 20) é aquella que, sem deformidade ou doença, tem seus diametros e aberturas diminuidos, de sorte que todo o canal da bacia é angusto.

No menor gráo de estreiteza tem cada diametro menos um quarto de polegada, no maior gráo uma polegada. Aproximando se, ordinariamente, o estreito superior á fórma arredondada parece fundar-se o motivo desta diminuição na descontinuação do desenvolvimento da bacia infantil. Uma moderada diminuição de espaço, em todas as aberturas e em todos os diametros, já deve causar consideraveis estorvos ao parto; as demasiadas restricções lhe occasionarão graves obstaculos.

3. A bacia afunilada (Fig. 21), é nas aberturas superiores da bacia pequena regular, mesmo, ás vezes, grande de mais, porém diminue-se tanto para baixo, que a terceira abertura e a sahida da bacia se acham mais ou menos restringidas, o que póde chegar até uma polegada nos diametros transversos de ambas as aberturas inferiores (Fig. 21, *a. b.*); sendo ao mesmo tempo demasiadamente pontuda a arcada pubiana. (Fig. 21, *c.*). A cabeça do féto penetra facilmente na excavação, porém encontra no estreito perineal uma consideravel oposição á sua sahida. A causa desta deformidade parece provir da descontinuação do desenvolvimento da parte inferior da pequena bacia, conservando-se com a fórma infantil.

4. A bacia obliquamente diminuida (Fig. 22), que nestes ultimos tempos foi particularmente considerada pelo Professor Naegelé, é inclinada de um lado, achando-se a extremidade superior do osso sacro (Fig. 22, *a.*) deslocada posta para um lado, no qual ao mesmo tempo se acha ossificada a symphysis sacro-iliaca (Fig. 22, *b.*); a linha innominada do osso ilion, o ramo horizontal do osso pubis deste lado (Fig 22, *c. d.*) dirigem-se rectamente para a symphysis pubiana. Segundo o exame feito em grande numero de bacias deste genero pelo Sr. Naegelé, pertence esta bacia á especie de bacias anormaes, não por doença, mas por desenvolução viciada. Quando ha este vicio, o ingresso da cabeça do féto, na pequena bacia, torna-se difficil.

5. A bacia demasiado alta (Fig. 23) offerece boas e convenientes dimensões em todas as aberturas e diametros, mas todo o canal da pequena bacia é alto de mais. O osso sacro ordinariamente tem seis porções osseas, a altura da crista dos ossos pubis, até á tuberosidade dos ilions (Fig. 23, *a. a.*), é augmentada, e a symphysis pubiana em vez de ter polegada e meia, apresenta duas polegadas, e em um caso se notou duas polegadas e um quarto (Fig. 23, *c.*). As bacias demasiadamente altas influem nos partos pelo seguinte modo. Os pontos de contacto da cabeça do féto com a bacia da mãi são em maior numero, pelo que o progresso da mesma cabeça deve ser mui demorado.

6. A bacia muito baixa (Fig. 24) é opposta á antecedente. Sendo regulares os seus diametros, sua altura é diminuta (Fig. 24, *a. b.*), por consequencia sendo os pontos de contacto entre a cabeça do féto e a bacia da mãi em menor numero, o parto se effectua com uma promptidão maior que a ordinaria.

Taboa IV.

Fig. 19. A bacia demasiado grande.

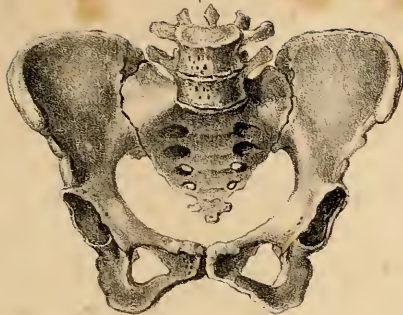
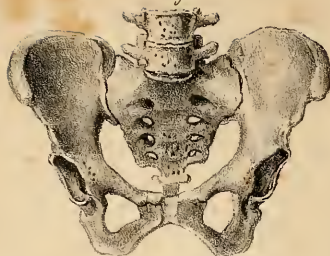
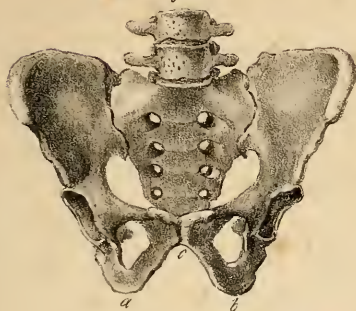
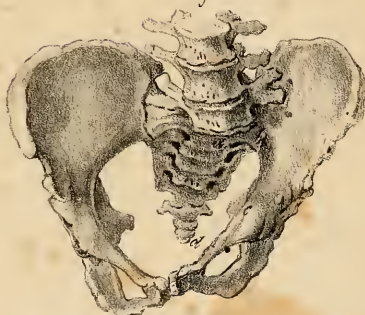
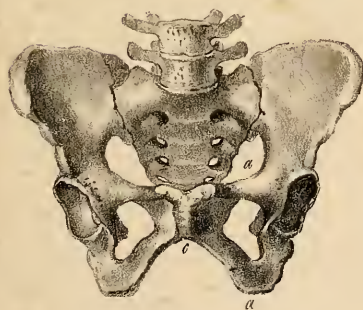
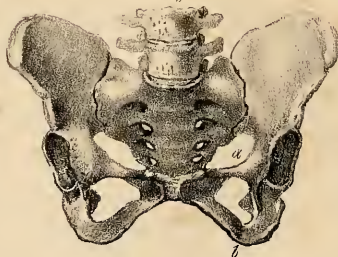
Fig. 20. A bacia demasiado pequena.

Fig. 21. A bacia afunilada.

Fig. 22. A bacia obliquamente diminuida.

Fig. 23. A bacia demasiado alta.

Fig. 24. A bacia demasiado baixa.

Tab. IV.
Fig. 19.
Fig. 20.
Fig. 21.
a
b
c
Fig. 22.
d
Fig. 23.
a
c
a
Fig. 24
a
b

Taboa V.

Bacias anormaes por causa de doença.

As principaes fórmas de bacias anormaes occasionadas por doenças, são: a bacia rachitica, a bacia osteomalacica, e o osteosteatoma da bacia.

1. A bacia rachitica (Fig. 25, 26, e 27.) é produzida, durante a infancia, pela affecção rachitica ou scrofulosa, e por isso os ossos, sendo com tudo a sua fórma muito constante, não só apresentam entortaduras, mas tambem diminuição no seu volume. Os ossos ilions (Fig. 25, *a. b.*), e particularmente as linhas innominadas delles (Fig. 25, *g. h.*), são mais pequenos; o osso sacro acha-se direito e collocado para traz (Fig. 27, *a. b.*), a sua excavação é diminuida, o promontorio (Fig. 25, *e.*) está muito para diante; os ramos horizontaes dos ossos pubis (Fig. 25, *i. k.*) são planos; os ossos ischions (Fig. 26, *a. b.*) mui distantes um do outro, e por isso a arcada pubiana (Fig. 26, *c.*) é maior do que ordinariamente. Por esta razão a abertura superior é angusta e particularmente no seu diametro antero-posterior (Fig. 25, *e. f.*), em quanto que a abertura inferior é dilatada. A grande bacia ou bacia superior, em consequencia da divergencia das espinhas anteriores e superiores dos ossos iliacos, apresenta uma largura maior que a ordinaria, e seus diametros são de tal modo alterados, que o diametro anterior (Fig. 25, *a. b.*) excede o posterior (Fig. 25, *c. d.*). O diametro antero-posterior do estreito superior (Fig. 25, *e. f.*) é o mais diminuto espaço da bacia, de modo que a restricção

póde ser levada ao minimo comprimento, porém commumente o seu tamanho é de duas e meia até tres polegadas e um quarto. O mais elevado gráo de estreiteza rachitica da bacia, por mim observado, chegava a onze linhas, no diametro antero-posterior; porém observei tambem muitos casos de uma e meia até duas polegadas e um quarto. O diametro transversal do estreito superior da bacia (Fig. 25, *g. h.*) não soffre ordinariamente mudanças, e quando succede have-las é por augmento e raras vezes por diminuição.

A restricção da bacia proveniente de rachitismo é a que mais vezes se encontra na pratica dos partos. É uma experiencia muito constante, que o rachitismo affecta sómente ou a metade superior ou inferior do tronco e por isso observa-se que as pessoas corcovadas, que têm o thorax defeituosissimo, não apresentam ordinariamente restricções na bacia, como tambem naquellas que têm a bacia viciada pelo rachitismo, raramente se observa corcova na columna vertebral, e quando existe a ultima, é em diminuto gráo. Só em rarissimos casos é que se têm visto juntas, no mesmo individuo, ambas as enfermidades em elevado gráo.

2. A bacia osteomalacica (Fig. 28, 29, 30.), provém do amollecimento dos ossos na edade da puberdade, e se observa, mais raras vezes que a bacia rachitica. Sua fórma, a todos os respeitos, é opposta á da precedente. Os ossos ilions são mais levantados; os ramos horizontaes dos ossos pubis coarctados (Fig. 28, *a. b.*); a symphysis pubiana é empuxada para diante (Fig. 28, *c.*); as tuberosidades dos ischions aproximadas, e por isso a arcada pubiana (Fig. 29, *c.*) é excessivamente angusta. O osso sacro apresenta uma mais consideravel escavadura (Fig. 30, *a. b.*), e toda a bacia apparece, por consequencia, comprimida de ambos os lados e de cima a baixo. O gráo desta restricção de bacia póde ser levado até á total compressão da cavidade da mesma bacia. A osteomalacia accomette ordinariamente

as mulheres que já têm tido partos, e ficam em cada um deterioradas, de modo que as mais estreitas bacias osteomalacicas se observam nas mulheres, que já têm tido alguns, ás vezes cinco até seis partos.

3. O osteosteatoma da bacia (Fig. 31, *a.*) é mais raro que os dois antecedentes vicios de bacia, e tira a sua origem, quer de uma das articulações da mesma bacia, quer do osso sacro, ou tambem póde nascer de qualquer outro osso.

Observa-se desde um pequeno tamanho até totalmente obstruir o canal da bacia, e aggravar por consequencia em differente gráo o acto do parto. Sendo ainda molle deve tirar-se durante o parto, e não antes, pela secção; achando-se ossificado, outra indicação obstetrica se lhe prescreve, segundo o tamanho e lugar que o occupa.

Taboa V.

Fig. 25. A bacia rachitica, vista da entrada da bacia.

Fig. 26. A arcada pubiana da bacia rachitica.

Fig. 27. O osso sacro da bacia rachitica, visto de perfil.

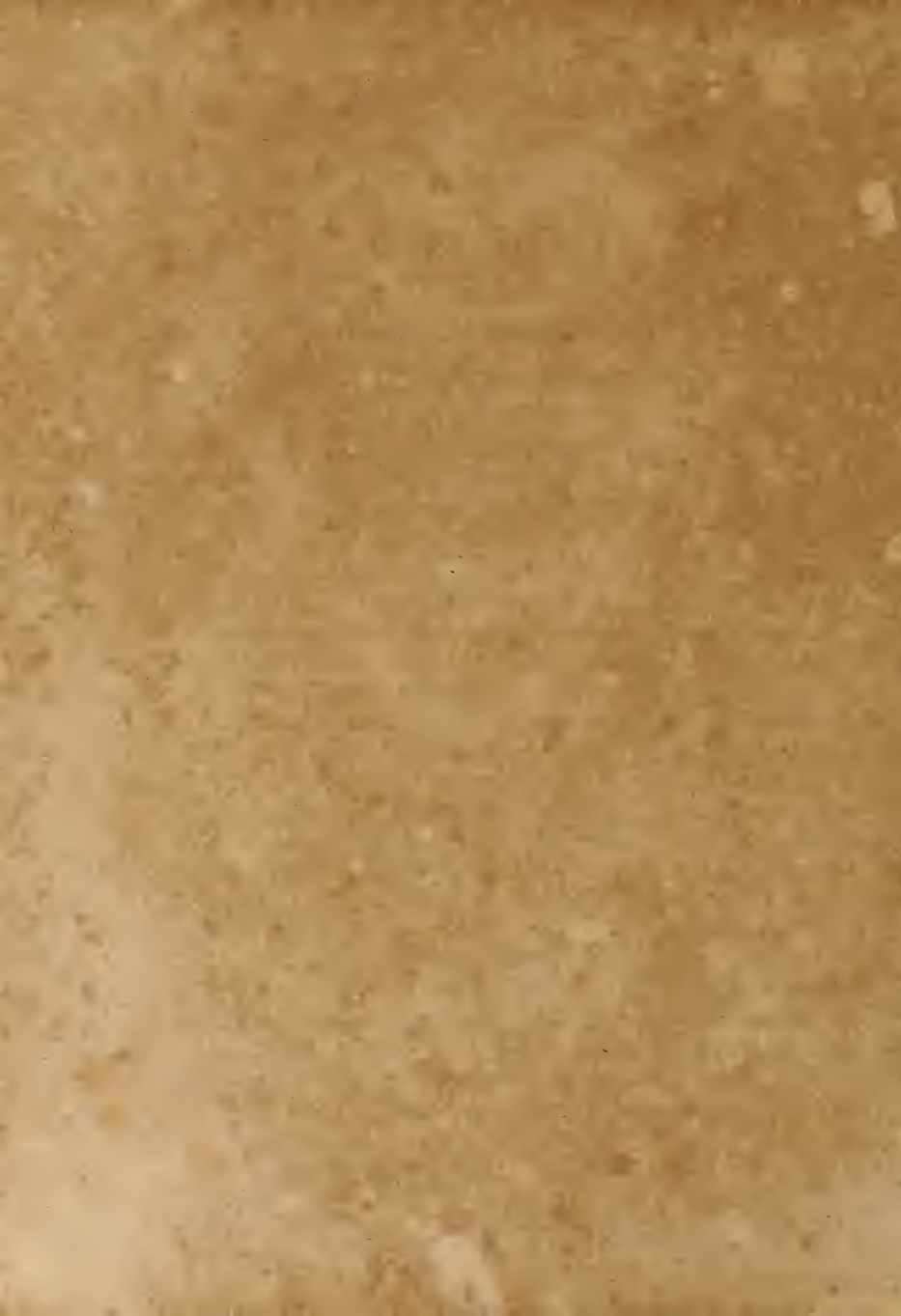
Fig. 28. A bacia osteomalacica, vista da entrada da bacia.

Fig. 29. A arcada pubiana da bacia osteomalacica.

Fig. 30. O osso sacro da bacia osteomalacica, visto de perfil.

Fig. 31. O osteosteatoma da bacia.

Tab. V.

Lith. do M. L. da C.ta R. N. dos M.es N.o 12 Lx.a

Taboa VI.

Partes genitaes brandas da mulher no estado normal.

As partes genitaes brandas da mulher dividem-se em externas e internas.

1. As partes genitaes externas (Fig. 32 e 33) são no estado virginal: o monte de Venus (Fig. 32, *a.*), os grandes labios pudendos (Fig. 32, *b. b.*), o freio dos grandes labios (Fig. 32, *c.*), o clitoris (Fig. 32, *d.*), o seu prepucio (Fig. 32, *e.*), os pequenos labios ou nymphas (Fig. 32, *f. f.*), a fossa navicular (Fig. 32, *g.*), o hymen ou valvula da vagina (Fig. 32, *h.*), a entrada da vagina (Fig. 32, *i.*), o orificio da urethra (Fig. 32, *k.*), o perineo (Fig. 32, *l.*), o orificio do àno (Fig. 32, *m.*).

As partes genitaes externas da mulher soffrem alguma mudança pelo acto da paridura. O monte de Venus (Fig. 33, *a.*), é mais desenvolvido e amplo, os grandes labios (Fig. 33, *b. b.*) são mais prominentes e um pouco separados, o perineo (Fig. 33, *c.*) é mais laxo, o clitoris e seu prepucio (Fig. 33, *d. e.*) são mais desenvolvidos, os pequenos labios (Fig 33, *f. f.*) adiantam-se mais, o freio dos grandes labios (Fig. 33, *g.*) ordinariamente está rasgado, a entrada da vagina (Fig. 33 *h.*) está mais espaçosa.

As duas estampas (Fig. 32 e 33) são representadas ficando os grandes labios moderadamente separados.

2. As partes ginitaes internas (Fig. 34 e 35) são: o utero, no qual se distingue o fundo (Fig. 34, *a.*), o corpo (Fig.

34, *b.*), o collo (Fig. 34, *c*) com a sua porção vaginal (Fig. 34, *d.*), as tubas uterinas (Fig. 34, *e. e.*), com a porção franjada (Fig. 34, *f. f.*), os ovarios (Fig. 34, *g. g.*), os seus ligamentos (Fig. 34, *h. h.*), os ligamentos largos (Fig. 34, *i. i.*), os ligamentos redondos (Fig. 34, *k. k.*) do utero, a vagina fendida, vista pelo interior (Fig. 34, *l.*). A vista do utero e das outras partes, é nesta estampa representada (Fig. 34) por detraz, parecendo elle (Fig. 34, *a.*) mais convexo do que de frente onde é mais plano.

As mesmas partes fendidas estão representadas (Fig. 35). O fundo do utero (Fig. 35, *a.*), a cavidade do utero (Fig. 35, *b.*), o collo do utero (Fig. 35, *c.*), as tubas uterinas fendidas (Fig. 35, *d. d.*), as porções franjadas (Fig. 35, *e. e.*), os ovarios fendidos, com as vesiculas de Graaf (Fig. 35, *f. f.*), a parte superior da vagina junta com a porção vaginal do utero entrada nella (Fig. 35, *g.*).

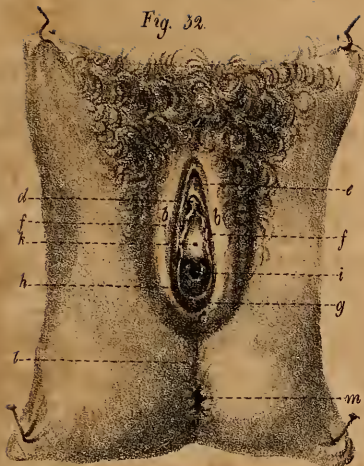
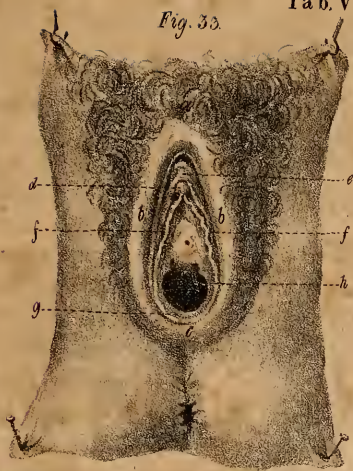
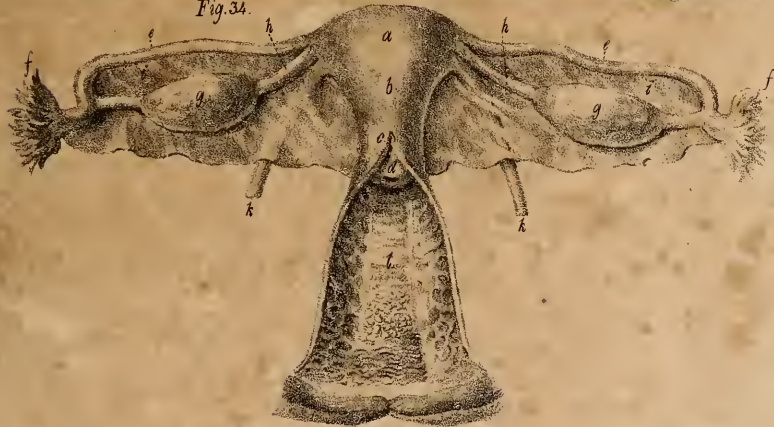
Taboa VI.

Fig. 32. As partes genitaes externas da mulher no estado virginal.

Fig. 33. As partes genitaes externas da mulher depois da paridura.

Fig. 34. As partes genitaes internas da mulher vistas por detraz.

Fig, 35. As partes genitaes internas da mulher fendidas.

Tab. VI.
Fig. 32.
Fig. 33.
Fig. 34.
Fig. 35.
Lith. de M. L. da Cta B. N. dos Mtes No. 12 Lxa.

Taboa VII.

As partes genitaes de mulher no estado anormal.

As partes genitaes de mulher, externas e internas, podem ser viciadas de differentes maneiras; as partes genitaes externas offerecem deformidades particularmente nas nymphas, e as internas no utero.

1. As nymphas excessivamente compridas, chamadas avental de Hottentottes, sendo observadas as mais das vezes neste povo, apresentam uma notavel deformidade, porém não aggravam o parto. Por motivo desta deformidade algumas nações do Oriente costumam, ainda hoje, fazer a circumcisão na mulher. A entrada da vagina (Fig. 36, *a.*), as nymphas pendentes e estendidas (Fig. 36, *b. b.*).

2. As nymphas se encontram ás vezes duplicadas e mesmo triplicadas, porém não oppoem obstaculo ao parto. As nymphas duplicadas (Fig. 37, *a. b.*), a entrada da vagina (Fig. 37, *c.*), o hymen ou valvula da vagina (Fig. 37, *d.*).

O utero acha-se umas vezes diviso, outras vezes diviso e bicorne, outras vezes duplo, e outras vezes duplo e bicorne. Quando taes deformidades existem e a mulher concebe, o producto da concepção occupa uma só cavidade e a outra fica vazia.

1. O utero diviso, *(uterus divisus)* tem um sépto no fundo e corpo do utero, que o separa em duas cavidades, porém no collo e na vagina fica existindo uma só. As duas cavidades do

utero (Fig. 38, *a. b.*), a separação entre ambas (Fig. 38, *c.*), o collo do utero (Fig. 38, *d.*), e a vagina (Fig. 38, *e.*).

2. O utero bicorne *(uterus bicornis)* tem a mesma disposição como o utero diviso, porém as duas cavidades acham-se collocadas de lado. As duas cavidades do utero bicorne (Fig. 39, *a. b.*), o sépto, que separa as duas cavidades (Fig. 39, *c.*), a porção vaginal (Fig. 39, *d.*), a vagina (Fig. 39, *e.*).

3. O utero duplo com a vagina dupla *(uterus duplex)*; o utero duplo, fendido em parte (Fig. 40, *a. b.*), o collo duplo do utero (Fig. 40, *c. d.*), a vagina dupla (Fig. 40, *e. f.*), os ovarios, tubas, e porções franjadas simples (Fig. 40, *g. h.*).

4. O utero duplo bicorne; a cavidade do utero dupla (Fig. 41, *a. b.*), o orificio do collo duplo do utero e a vagina (Fig. 41, *c. d.*).

Taboa VII.

Fig. 36. As nymphas excessivamente compridas.

Fig. 37. As nymphas duplas.

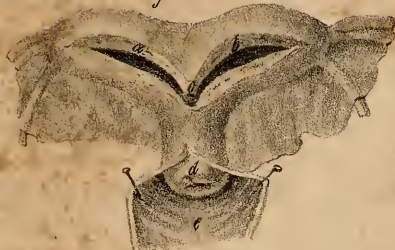
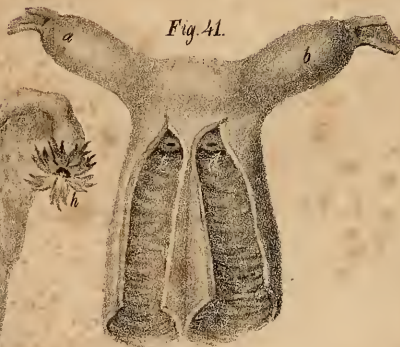
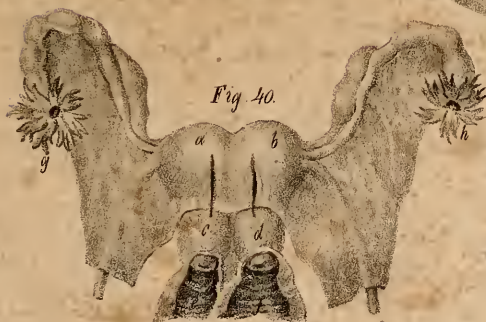
Fig. 38. O utero diviso.

Fig. 39. O utero diviso bicorne.

Fig. 40. O utero e vagina duplos.

Fig. 41. O utero bicorne duplo e vagina.

Tab. VII.

Fig. 36.
Fig. 37.
Fig. 38.
Fig. 39.
Fig. 40.
Fig. 41.
Lith. de M. L. da Ctos R. N. dos Mtes N.º 12 Lxa

Taboa VIII.

Posição das partes genitaes dentro da bacia no estado de prenhez, e no de independencia della.

Esta Taboa representa em dois perfis de bacia (Fig. 42 e 43), a posição das partes genitaes no termo da prenhez, e fóra della.

1. As partes genitaes fóra do estado de prenhez (Fig. 42):
   a. As vertebras lombares.
   b. O osso sacro.
   c. A symphysis pubiana.
   d. O fundo do utero fendido.
   e. O orificio uterino com o labio anterior maior e o labio posterior menor.
   f. O ovario esquerdo.
   g. A vagina.
   h. A entrada da vagina.
   i. A bexiga urinaria.
   k. O pequeno labio pudendo.
   l. O grande labio pudendo e o clitoris.
   m. O intestino recto aberto.
   n. O perineo.
2. As partes genitaes no termo da prenhez (Fig. 43):
   a. As vertebras lombares, estando a columna vertebral um pouco inclinada para traz.

b. O osso sacro.
c. A symphysis pubiana.
d. O fundo do utero com a placenta fixada nelle.
e. O orificio do utero occultado pela presença do feto na primeira posição da cabeça.
f. A vagina com a cabeça do feto sobreposta nella.
g. A bexiga urinaria, a qual no principio do parto sobe por detraz da symphysis.

Taboa VIII.

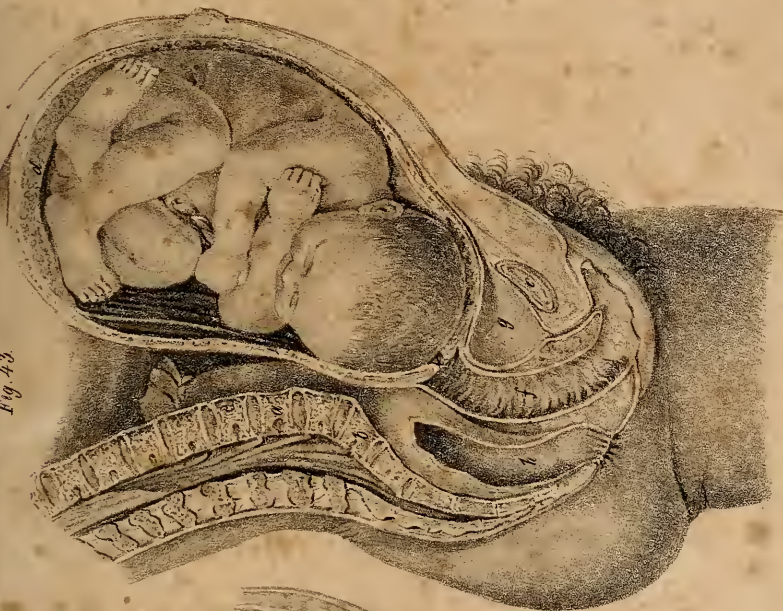
Fig. 42. As partes genitaes fóra do estado da prenhez.

Fig. 43. As partes genitaes no termo da prenhez.

Tab. VIII.

Fig. 42.

Fig. 43.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 L.x.a

Taboa IX.

Perfís de mulheres gravidas no decurso da prenhez.

Pela successiva elevação do utero até ao fim do nono mez da gravidação, e pela sua descida no decimo mez, observam-se, nestas differentes épocas, mudanças no perfil da mulher gravida, que vão ser representadas nas seguintes estampas.

1. Perfil de uma mulher gravida no fim do quarto mez (Fig. 44). A parte inferior do baixo ventre é um pouco prominente, porém alguma cousa ainda abaixo do umbigo. A circumferencia deste acha-se obliquamente erigida, mas a sua depressão não está ainda completamente dissipada, ao contrario apresenta uma ligeira cova. As mamas prominam mais, e os seus bicos estão mais desenvolvidos. A parte superior do tronco conserva-se na sua ordinaria rectidão.

2. Perfil de uma mulher gravida no fim do septimo mez (Fig. 45). O fundo do utero já excede um pouco o umbigo, e este se acha nivelado com a pelle da superficie da parede abdominal; o alargamento do abdomen é tão consideravel, que já a mulher dirige um pouco para traz a parte superior do tronco; as mamas são mais desenvolvidas e prominentes.

3. Perfil de uma mulher gravida no fim do nono mez (Fig. 46). O baixo ventre da mulher tem adquirido, o maximo gráo de sua extensão; o fundo do utero acha-se aproximado á região epigastrica. A prominencia do baixo ventre fórma um segmento de esfera, principalmente manifestado entre as

regiões epigrastica e umbilical. O umbigo começa a adiantar-se empolado; as mamas, tendo adquirido maior pezo, descahem um pouco; a parte superior do tronco dirige-se muito mais para a parte posterior.

4. Perfil de uma mulher gravida no fim do decimo mez (Fig. 47). O utero desce, pela saa restricção, no decimo mez da prenhez, de sua maxima elevação, de modo que o seu fundo vem occupar, pouco mais ou menos, o sitio em que se achava no oitavo mez. A região epigastrica é achatada e relaxada, e a hypogastrica mais arredondada na sua parte inferior. O umbigo promina empolado, e a parte superior do tronco é então ainda muito mais dirigida para traz.

Taboa IX.

Fig. 44. Perfil de uma mulher gravida no fim do quarto mez.

Fig. 45. Perfil de uma mulher gravida no fim do septimo mez.

Fig. 46. Perfil de uma mulher gravida no fim do nono mez.

Fig. 47. Perfil de uma mulher gravida no fim do decimo mez.

Tab. IX.

Fig. 44.

Fig. 45.

Fig. 46.

Fig. 47.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 L.x.a

Taboa X.

Perfil de baixo ventre descido, e de bacia rachitica de mulheres gravidas.

A DESCIDA do baixo ventre provém, quer da grande inclinação da bacia, quer da degeneração rachitica da mesma bacia, quer tambem da demasiada relaxação das paredes do abdomen. Quaesquer que sejam os motivos, o fundo do utero se inclina, mais ou menos, para a parte anterior, de modo que o eixo do mesmo utero, aproximando-se da linha horizontal, o seu orificio recua para a parte posterior, do que resulta, muitas vezes, haver as más apresentações e posições do féto e, quasi sempre, causa maiores ou menores indisposições á mulher gravida. O mais adequado meio de remediar estas inclinações irregulares. do utero é a conveniente applicação de uma faxa ou ligadura ao baixo ventre.

1. O mediano gráo de descida do baixo ventre conjunctamente com uma grande inclinação da bacia (Fig. 48). A regiãó epigastrica acha-se logo achatada, em quanto que a região hypogastrica pende para baixo, formando uma pojadura ou sacada.

2. O baixo ventre descido, remediado pela applicação de uma faxa ou ligadura (Fig. 49). As melhores faxas são as de panno de linho ou de algodão forte, e postas de maneira que não afrouxem facilmente, nem tambem que produzam fricção. Coze-se em torno da margem inferior da faxa uma tira elastica, que muito convem para a ligadura ficar applicada com mais exactidão. A parte anterior da ligadura deve ter umas ilhozes de cima a baixo e ser fechada por meio de atacadores

cruzados, os quaes se apertam, mais ou menos, segundo a fórma do baixo ventre; na parte posterior é fivelada. Tanto neste caso como em muitos outros, são preferiveis estas ligaduras, fechadas na parte anterior, a quaesquer outras. Estas ligaduras não devem ser atacadas de modo, que comprimam irregularmente o baixo ventre; porém sim de maneira tal, que sustentem a barriga.

3. A bacia rachitica, de quem o diametro antero-posterior tem entre duas e tres polegadas de extensão (Fig. 50.), produz ordinariamente tambem a descida do baixo ventre; porém raras vezes é de grande importancia, com tanto que a bacia não apresente ao mesmo tempo uma consideravel inclinação.

4. A bacia rachitica notavelmente angusta, tendo no seu diametro antero-posterior (Fig. 51.) menos de duas polegadas, produz ordinariamente uma descida de baixo ventre em excessivo gráo, não achando o utero um apoio por cima da entrada da bacia; o abdomen pende para baixo em fórma de sacada, e o umbigo é obliquamente dirigido para a parte inferior. É notavel nos perfís de bacia rachitica (Fig. 50 e 51.), a direcção do osso sacro, o qual está collocado directamente para traz.

Taboa X.

Fig. 48. O baixo ventre descido, sendo regular a bacia, mas a sua ininclinação consideravel.

Fig. 49. O baixo ventre descido, remediado pela faxa ou ligadura de ventre.

Fig. 50. A bacia rachitica moderadamente angusta.

Fig. 51. A bacia rachitica consideravelmente angusta.

Tab. X.

Lith. de M. L. da C.ia R. N. dos M.tes Nº 12 Lx.a

Taboa XI.

Mudanças da porção vaginal do collo uterino, e designação das differentes posições do fundo do utero no progresso da prenhez.

As mudanças da porção vaginal do collo uterino, no estado gravido e fóra delle, são representadas nas (Fig. 52 a 58.) vistas pela parte posterior.

Fig. 52. A porção vaginal do collo uterino de uma mulher não gravida, e que não teve ainda parto algum. O orificio do utero apresenta uma incisão transversal, e ao mesmo tempo o labio anterior, é mais comprido que o posterior.

Fig. 53. A porção vaginal do collo uterino de uma mulher não gravida, que já tem parido. O orificio do utero apresenta uma incisão transversal irregular com cicatrizes.

Fig. 54. A porção vaginal do collo uterino de uma mulher primipara no terceiro mez da gestação. A porção vaginal tem pouco encurtamento, e mesmo algumas vezes parece terse alongado; o orificio do utero é arredondado e apresenta uma pequena depressão.

Fig. 55. A porção vaginal do collo uterino de uma mulher primipara no septimo mez da gravidação. A porção vaginal é encurtada e um pouco inchada, o orificio pequeno e redondo.

Fig. 56. A porção vaginal do collo uterino de uma pri-

mipara no principio do nono mez. A porção vaginal acha-se retrahida e só apresenta tres linhas de extensão; os labios do orificio são mais entumecidos, e o mesmo orificio é um pouco mais evidente.

Fig. 57. A porção vaginal do collo uterino de uma primipara no principio do decimo mez. Da porção vaginal do collo só existem os labios do orificio, os quaes ainda prominam um pouco, e o mesmo orificio uterino apresenta uma covinha arredondada.

Fig. 58. A porção vaginal do collo uterino de uma primipara no fim do decimo mez. A porção vaginal conjunctamente com os labios do orificio uterino tem totalmente desapparecido, e sente-se o mesmo orificio, no tecto liso da vagina, como uma pequena abertura em fórma de covinha.

Fig. 59. A elevação ou ascenção do fundo do utero, nos differentes tempos da prenhez, visto por diante. No segundo mez da prenhez, o utero desce um pouco abaixo do logar que occupava no primeiro mez; a sua posição é pouco mais ou menos aquella do tempo da menstruação. Desde o terceiro mez o utero sobe progressivamente, achando-se o seu fundo, no fim do nono mez, na região epigastrica; no decimo mez desce para o logar que tinha occupado no oitavo mez. Esta differente elevação do fundo do utero é representada na (Fig. 59.).

aa. Os ossos iliacos da bacia.
b. A symphysis pubiana com a sua arcada, e os labios pudendos vistos de frente.
c. A columna vertebral.
d. A parte inferior do osso sternon com o thórax designado.
ee. As costellas falsas.
ff. A maxima largura do utero no nono mez.
gg. O utero mais estreitado no decimo mez.

A elevação ou ascenção do fundo do utero, nos differentes

mezes da prenhez, é indicada pelos seguintes algarismos, significando as pequenas linhas transversaes as semanas dos differentes mezes.

1. Ascenção do fundo do utero no *primeiro* mez da gestação.
2. Descida do fundo do utero no *segundo* mez.
3. Elevação do fundo do utero no *terceiro* mez.
4. Elevação do fundo do utero no *quarto* mez.
5. Elevação do fundo do utero no *quinto* mez.
6. Elevação do fundo do utero no *sexto* mez, exactamente abaixo do umbigo.
7. Elevação do fundo do utero no *septimo* mez.
8. Elevação do fundo do utero no *oitavo*, e no fim do *decimo* mez.
9. Elevação do fundo do utero até á região epigastrica no fim do *nono* mez, d'onde desce ao *decimo* mez, para se collocar no ponto onde existio no *oitavo* mez.

Taboa XI.

Fig. 52. A porção vaginal do collo uterino de uma mulher não gravida, e que nunca pario, vista por de traz.

Fig. 53. A porção vaginal de uma mulher não gravida, e que já pario.

Fig. 54. A porção vaginal de uma gravida no terceiro mez.

Fig. 55. A porção vaginal de uma gravida no septimo mez.

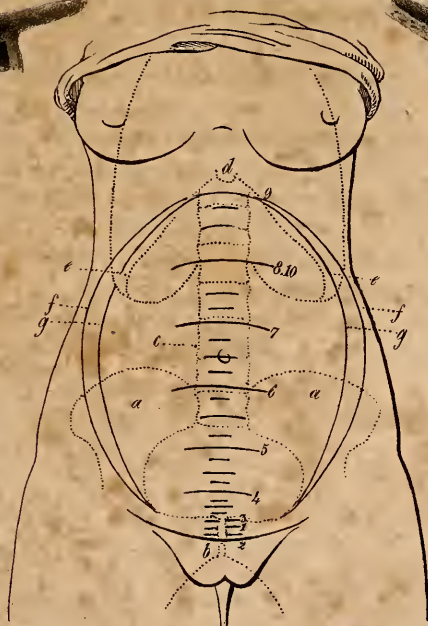
Fig. 56. A porção vaginal de uma gravida no principio do nono mez.

Fig. 57. A porção vaginal de uma gravida no principio do decimo mez.

Fig. 58. A porção vaginal de uma gravida no fim do decimo mez.

Fig. 59. A elevação do fundo do utero nos differentes periodos da prenhez, visto de frente.

Tab. XI.

Lith. d. M. L. da Cta R. N. dos Mtes no 12 Lxa

Taboa XII.

Desenvolução do ovo humano. (1)

O ovo humano depois de fecundado no ovario, provavelmente não entra para o utero antes de uma semana. Consta do féto, e dos seus involtorios e annexos.

A. Os involtorios e annexos, que servem para a adhesão, nutrição e desenvolvimento do féto são, as membranas do ovo, a placenta, o cordão umbilical e as agoas do amnios.

1. Os involtorios membranosos são a membrana caduca subdividida em verdadeira ou uterina e em reflexa ou ovarica, o chorion e o amnios. As duas primeiras membranas com o chorion contribuem á formação da placenta. O amnios fórma a cavidade onde o féto está encerrado com o licor amniotico; em nada contribue para a formação da placenta, adhera sómente á superficie, reflecte sobre o cordão umbilical, de quem fórma a bainha, para depois se continuar com a epiderma do féto.

A membrana decidua ou caduca é uma particular producção da face interna do utero, de fórma analoga á sua superficie. O ovo entrando para o utero leva ante si a porção da

---

(1) Os Traductores, julgando de summa importancia a descripção e demonstração de objectos concernentes á desenvolução do ovo humano, que o Autor omittio na sua muito apreciavel Obra, propozeram-se preencher esta falta, persuadidos que com este additamento lhe davam um maior realce.

caduca, que encontra no seu caminho, ensaccando-a ou invaginando-a na sua propria cavidade. Esta porção invaginada chama-se *decidua reflexa*, ou *ovarica* ; e a decidua primitiva ou externa, chama-se *decidua verdadeira*, ou *uterina*. No espaço, que separa a decidua ovarica da decidua uterina, existe um fluido albuminoso, a quem Breschet chamou *hydroperione*. O espaço vasio, em que a invaginação, de uma folha na outra, tem logar, acha-se coberto pela membrana *decidua secundaria* ou *serotina*, a qual é uma producção similhante á decidua com quem se communica.

Entre o *chorion* e o *amnios*, perto da inserção do cordão umbilical na primeira destas membranas, acha-se situada a *vesicula umbilical* (Tab XII, Fig. 66), a qual no principio da prenhez communica com o tubo intestinal do embrião, por um curto e largo canal, que mais tarde se estende, chamado *omphalo-enterico*, acompanhado pelos vasos *omphalo-mesentericos*. Depois da vesicula umbilical ter obtido o diametro de quatro a cinco linhas, desapparece com o seu pediculo no terceiro mez.

No ovo formado se encontra, de fóra para dentro, a decidua, o chorion, o amnios, que intimamente adherem entre si (Fig. 65). Na bahinha do cordão umbilical acham-se contidos: a) o canal omphalo-enterico da vesicula; b) os vasos omphalo-mesentericos; c) o uraco, que provavelmente é o resto da allantoida, de quem a existencia, no homem, é problematica; d) os vasos umbilicaes, que essencialmente contribuem para a formação do cordão.

2. A placenta começando a organizar-se no terceiro mez, pela simultanea desenvolução das villosidades vasculosas, tanto do chorion, como da caduca uterina, está formada no quarto mez, unindo e ramificando entre si os prolongamentos villosos mais desenvolvidos de ambas as superficies. Contribuindo pois, tanto o utero como as membranas do féto, para a formação da

placenta, por isso se distingue em placenta uterina e em placenta fetal.

3. O cordão umbilical é a reunião dos vasos, por onde o féto se communica com a mãi. No fim do terceiro mez apresenta a composição que deve conservar até ao fim da prenhez, a qual consiste na bainha fornecida pela membrana amnios, na gelatina de Warthon, em uma veia desprovida de valvulas, nas duas arterias que contorneam a veia em espiral, nos vasos lymphaticos, e em alguns filamentos nervosos.

B. O féto desenvolve-se no decurso de dez mezes, com maior rapidez no principio, e com mais lentidão no fim da prenhez. A sua primitiva formação não está ainda sufficientemente esclarecida por exactas observações. A (Tab. XII, Fig. 60.) representa um ovo humano, de grandeza natural, de doze dias, involto nas villosidades do chorion.

No fim do *primeiro* mez tem o embrião a extensão de algumas linhas até meia polegada, e consta de dois folliculos unidos aos involtorios, representando um a cabeça e o outro o tronco (Fig. 61 e 62).

No *segundo* mez apparecem na cabeça os olhos, a boca, o nariz e as orelhas; fórma-se a bainha do cordão umbilical; o tronco mostra as extremidades com cortaduras, que são os primitivos indicios de digitação; a medulla espinhal apparece ao comprimento do dorso como um liniamento branco; a ossificação começa a deliniar-se, assim como o systema muscular em alguns pontos. O embrião tem uma polegada, pouco mais ou menos, de extensão, e pesa até meia onça (Fig. 63).

No progresso do *terceiro* mez apparece a membrana pupillar; a designação dos dedos é manifesta, porém ainda se lhe não notam unhas; o thórax tem as costellas, e o embrião obtem a extensão de duas polegadas e meia até tres, e adquire até uma onça de peso (Fig. 64).

No *quarto* mez já se póde distinguir o sexo, as unhas

apparecem, o systema muscular é evidentemente mais visivel, os ossos compridos das extremidades, as costellas e o craneo estão já bastante ossificados. O féto tem adquirido até quatro polegadas de comprimento e duas onças e meia de peso (Fig. 67).

Ao *quinto* mez cresce o féto até doze polegadas, e pesa de sete a dez onças; produz-se a gordura, desenvolvem-se as unhas mais; apparecem pellos esbranquiçados, macios e lustrosos, *lanugem*, em toda a superficie cutanea, as palpebras estão fechadas. A mãi sente os movimentos do féto (Fig. 68).

Chegado ao *sexto* mez o systema muscular está bem desenvolvido; os movimentos do féto mais distinctos, a pelle é rigida, dura e tem a cor purpurea, as unhas são mais solidas. Nascendo o féto nesta época póde respirar e viver algumas horas; e no fim deste mez tem de doze a quatorze polegadas de comprimento e pesa uma libra até libra e meia (Fig. 69 e 70).

No *septimo* mez todas as partes tem mais consistencia e volume; ha maior abundancia de gordura por baixo da pelle, e esta apresenta a cor rosada; forma-se a pupilla, e nascendo prematuramente o féto póde algumas vezes continuar a viver. Excede a dezeseis polegadas de exténsão, e tem de duas a duas e meia libras de peso.

Ao *oitavo* mez, no féto do sexo masculino, descem os testiculos, da cavidade abdominal pelo anel inguinal, para o escroto; as palpebras abrem-se, e o féto tem, pouco mais ou menos, dezeseis polegadas e meia de extensão, e tres a quatro libras de peso. Nascendo nesta época respira e chora.

No *nono* mez diminui-se a cor rosada e a lanugem da pelle; apparecem na cabeça cabellos finos. O comprimento do féto, no fim deste mez, equivale a dezesete polegadas, e pesa de cinco a cinco libras e meia.

Ao *decimo* e ultimo mez, a lanugem tem-se completa-

mente desvanecido; a pequena fontanella, ou fontanella occipital, está quasi fechada; as celhas e sobrancelhas apparecem; o féto tem a fórma mais arredondada e uma feição juvenil. Tem de dezoito a vinte polegadas de extensão, e tem o peso de seis até sete libras e meia, e ás vezes mais. Nesta época ou tambem antes, no oitavo ou nono mez da prenhez, desapparece a membrana pupillar; a pelle, pouco corada, está coberta de uma substancia sebosa, verniz queijal, que Wagner suppoz ser porções escamosas da epiderma.

Taboa XII.

Fig. 60. O ovo humano, de grandeza natural, de doze dias, com a membrana chorion.

Fig. 61. O ovo humano, de grandeza natural, de tres semanas, e aberto.

Fig. 62. O ovo humano, de grandeza natural, com seis semanas de edade.

Fig. 63. O mesmo ovo aberto, contendo o embrião.

Fig. 64. Um embrião de tres mezes.

Fig, 65. Representa todas as membranas abertas, e o embrião na cavidade do amnios.

Fig. 66. O embrião com a vesicula umbilical, juntamente com o canal omphalo-enterico, e com os vasos omphalo-mesentericos.

Fig. 67. Um féto de quatro mezes dentro do amnios.

Fig. 68. Um féto de cinco mezes.

Fig. 69. Um féto de seis mezes envolvido no chorion e no amnios.

Fig. 70. O mesmo féto coberto unicamente pelo amnios, deixando ver a placenta livre desta membrana.

Tab. XII.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 1.o a

Taboa XIII

Differentes disposições de secundinas.

As estampas da seguinte Taboa representam as secundinas nas differentes disposições normaes e anormaes.

Fig. 71. As secundinas vistas pela superficie externa ou uterina da placenta.

a. A superficie uterina da placenta.
b. As membranas do ovo.
c. O cordão umbilical com um verdadeiro nó.

Fig. 72. As secundinas vistas pela sua superficie interna ou fétal.

a. A superficie da placenta vista pela cavidade do ovo, com a inserção central do cordão umbilical.
b As membranas do ovo.
c. O cordão umbilical com uma prominencia gelatinosa.
d. O cordão umbilical com um verdadeiro nó duplo.

Fig. 73. As secundinas de gemeos, mostrando a união das duas placentas entre si.

a. a. A superficie das secundinas, vista pela cavidade do ovo.
b. O septo das membranas do ovo.
c. c. Dois cordões umbilicaes com a inserção aproximada á circumferencia da placenta.

Fig. 74. Inserção do cordão umbilical nas membranas do ovo *(Insertio funiculi umbilicalis velamentalis)*.

a. O cordão umbilical.
b. A sua inserção nas membranas, distante da placenta.

c. c. c. Decurso dos vasos do cordão umbilical nas membranas do ovo.

d. d. d. Transito dos vasos na placenta.

Fig. 75. As secundinas de gemeos sem septo, com os cordões umbilicaes enrolados; caso raro.

a. A inserção de dois cordões umbilicaes em uma placenta commum.

b. Ambos os cordões enrolados.

Fig. 76. Um cordão umbilical de secundinas de gemeos, dividido em forquilha; caso singular.

a. A inserção na placenta de um tronco commum de cordões umbilicaes.

b. O logar da divisão de ambos os cordões umbilicaes.

c. c. Dois cordões umbilicaes de gemeos.

Taboa XIII.

Fig. 71. As secundinas vistas pela superficie uterina.

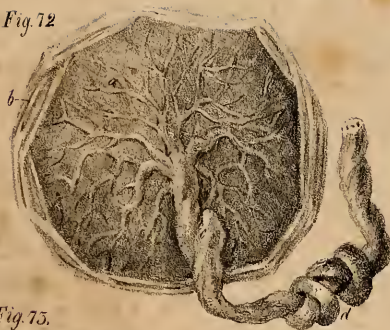
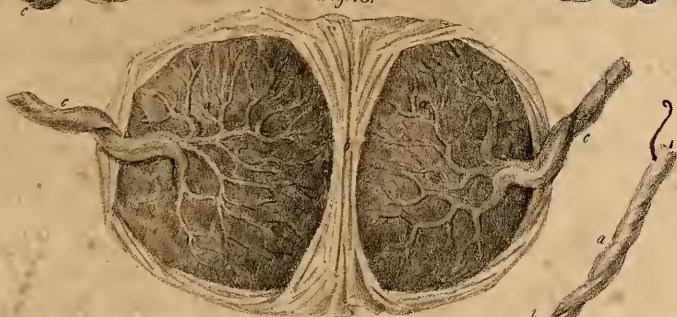
Fig. 72. As secundinas vistas pela superficie fétal.

Fig. 73. As secundinas de gemeos.

Fig. 74. O cordão umbilical, inserido nas membranas do ovo.

Fig. 75. As secundinas de gemeos, faltando-lhes o septo.

Fig. 76. As secundinas de gemeos, com o cordão umbilical dividido em fórma de forquilha.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 Lx.a

Taboa XIV.

Proporções da cabeça, e do corpo da criança; attitude dos gemeos.

Fig. 77. A cabeça da criança de termo, vista pela parte superior.

a. A fontanella frontal, ou grande.

b. A fontanella occipital, ou pequena.

c. d. O diametro transverso anterior ou pequeno, (bi-temporal) da cabeça da criança, lançado do angulo anterior e inferior do osso parietal, até ao mesmo angulo do parietal opposto; tem duas polegadas e tres quartos até tres.

e. f. O diametro transverso posterior, ou grande, (bi-parietal) da cabeça da criança, lançado de uma eminencia parietal á outra; tem tres polegadas e meia.

Fig. 78. A cabeça do féto de termo, vista de lado.

a. b. O diametro vertical da parte mais elevada da cabeça, até á parte posterior do buraco occipital; tem tres polegadas e meia.

c. d. O diametro recto ou grande (fronto-occipital), começa na parte inferior do osso frontal, e termina na fontanella occipital; tem quatro polegadas e meia.

e. f. O diametro diagonal ou maximo (mentu-occipital), vai da ponta da barba até á fontanella occipital; tem cinco polegadas.

Fig. 79. O corpo da criança, visto pela parte posterior.

a. b. O grande diametro transverso da cabeça, de uma eminencia parietal à outra; tem tres polegadas e meia.

c. d. O diametro transverso das espadoas, nos pontos mais distantes; tem de quatro até quatro polegadas e meia.

e. f. O diametro transverso dos quadriz, nos pontos mais affastados; tem tres polegadas e um quarto até tres e meia.

Fig. 80. A attitude de gemeos de termo, dentro do utero. A posição de cada um dos gemeos é ordinariamente differente, e mesmo se a apresentação do segundo féto muda, ella era, ordinariamente antes, opposta á do primeiro féto. O primeiro féto apresenta-se pela cabeça, e o segundo pelos pés; porém quando o primeiro está mais descido, o segundo o póde seguir tambem com a cabeça, e por este modo mudar a apresentação dos pés, em apresentação transversa ou pela cabeça. No caso, de que nos occupamos, cada féto tem uma placenta propria, e separada.

Taboa XIV.

Fig. 77. A cabeça do féto com os seus diametros, vista pela parte superior.

Fig. 78. A cabeça da criança, vista de lado.

Fig. 79. O corpo da criança, visto pela parte posterior.

Fig. 80. A prenhez dupla.

Tab. XIV.

Fig. 77.

Fig. 78.

Fig. 79.

Fig. 80.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.es N.º 12 Lx.a

Taboa XV.

As quatro especies das posições ordinarias do féto, pelo vertice.

Quando, no acto do parto, o féto se apresenta pelo vertice da cabeça á entrada da bacia, ordinariamente a sutura sagital corresponde a um dos dois diametros obliquos; comtudo, se o diametro antero-posterior do estreito abdominal é commodidamente restringido, a sutura sagital póde fazer o seu ingresso pelo diametro transversal, e passar depois para o obliquo. A sutura sagital sómente póde penetrar na excavação, pelo diametro antero-posterior, quando a bacia tem a fórma afunilada (Tab. II, Fig. 10.)

As situações geralmente regulares são aquellas, em que o vertice da cabeça se offerece ao estreito abdominal, com o occiput para a parte anterior, *primeira* e *segunda* posição. Sendo estas condições favoraveis, a exoneração do parto effectua-se pelos esforços naturaes. Ao contrario, achando-se a testa dirigida para a parte anterior, *terceira* e *quarta* posição, taes posições, são condicionalmente regulares, por quanto exigem, para o decurso uniforme, haverem boas disposições, ou mudarem para a primeira ou segunda posição, como acontece frequentes vezes.

Fig. 81. *A primeira posição pelo vertice.* A sutura sagital está posta no primeiro diametro obliquo, com o occiput dirigido para a parte anterior e esquerda da bacia, e a testa

para a parte posterior e direita. Esta posição é a mais ordinaria de todas as apresentações do féto.

Fig. 82. *A segunda posição pelo vertice.* A sutura sagital corresponde ao segundo diametro obliquo, com o occiput dirigido para a parte anterior e direita da bacia, e a testa para a parte posterior e esquerda. Esta posição quasi nunca é primitiva, as mais das vezes é a transferencia da terceira posição, feita na escavação da bacia.

Fig. 83. *A terceira posiçao pelo vertice.* A sutura sagital occupa o primeiro diametro obliquo com a testa para a parte anterior e esquerda da bacia, e o occiput para a parte posterior e direita. Esta posição é a mais frequente depois da primeira, a qual ordinariamente se converte em segunda, e assim continua até ao fim da parturição; raras vezes a testa permanece voltada para a parte anterior.

Fig. 84. *A quarta posição pelo vertice.* A sutura sagital está na direcção do segundo diametro obliquo, com a testa voltada para a parte anterior e direita da bacia, e o occiput para a parte posterior e esquerda. Esta posição é a mais rara das posições pelo vertice, e commumente transforma-se em primeira, e quasi nunca sahe a cabeça com a testa voltada para a parte anterior.

Taboa XV.

Fig. 81. A primeira posição pelo vertice.

Fig. 82. A segunda posição pelo vertice.

Fig. 83. A terceira posição pelo vertice.

Fig. 84. A quarta posição pelo vertice.

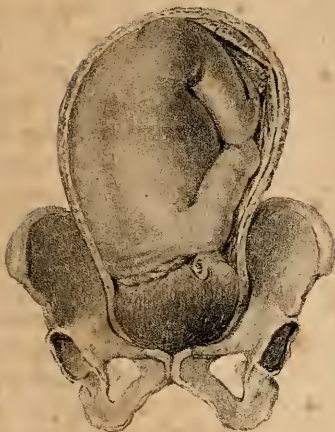
Tab. XV.

Fig. 81.

Fig. 82.

Fig. 83.

Fig. 84.

Lith. de M. L. da C.ia R. N. dos M.es N.º 12 Lx.a

Taboa XVI.

As quatro especies de posições de face.

As apresentações pela face são raras, e a expulsão do féto é mais difficultosa que nas apresentações pelo vertice; é por isso que ellas tem sido reputadas condicionalmente regulares. A linha da face (mentu-frontal) corresponde, no estreito abdominal, a um dos diametros obliquos; porém ás vezes corresponde tambem ao diametro transverso, mudando, depois do ingresso no estreito abdominal, para um dos diametros obliquos.

Nas duas primeiras posições da face, a ponta da barba está voltada para a parte anterior da bacia, e a testa para a parte posterior; e em ambas estas posições, havendo as condições favoraveis, o parto póde effectuar-se sem os soccorros da arte, apesar de ficar mais exposta a cabeça do féto a encunhar-se, que nas apresentações pelo vertice.

Na terceira e quarta posição da face, a testa acha-se dirigida para a parte anterior da bacia; nestas posições um féto de tempo não póde facilmente transitar vivo pela bacia; porém ordinariamente, no decurso do trabalho, muda a terceira posição da face para a segunda, e a quarta para a primeira, e por este modo se effectua o parto. Em casos raros, a terceira posição da face muda para a primeira do vertice, e a quarta da face para a segunda do vertice.

Fig. 85. *A primeira posição da face.* A linha da face corresponde ao primeiro diametro obliquo do estreito abdo-

minal; a ponta da barba está voltada para a parte anterior e esquerda, e a testa para a parte posterior e direita.

Fig. 86. *A segunda posição da face.* A linha da face corresponde ao segundo diametro obliquo; a ponta da barba está voltada para a parte anterior e direita, e a testa para a parte posterior e esquerda.

Fig. 87. *A terceira posição da face.* A linha da face corresponde ao primeiro diametro obliquo; a testa está dirigida para a parte anterior e esquerda, e a ponta da barba para a parte posterior e direita.

Fig. 88. *A quarta posição da face.* A linha da face corresponde ao segundo diametro obliquo; a testa acha-se voltada para a parte anterior e direita, e a ponta da barba para a parte posterior e esquerda.

Taboa XVI.

Fig. 85. A primeira posição da face.

Fig. 86. A segunda posição da face.

Fig. 87. A terceira posição da face.

Fig. 88. A quarta posição da face.

Tab. XVI.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.º 12 Lx.a

Taboa XVII.

A sahida da cabeça do féto no parto, nas apresentações do vertice.

Apresentando-se o féto, no parto, pelo vertice, a sua melhor sahida, pelas partes genitaes externas da mãi, é quando a sutura sagital está posta, pouco mais ou menos, no diametro antero-posterior do estreito perineal da bacia, com o occiput dirigido para a parte anterior, e a testa para a parte posterior. Nesta posição a cabeça occupa os espaços mais favoraveis, e as partes genitaes da mãi ficam mais preservadas de qualquer lesão.

A sahida da cabeça do féto se faz por isso nesta situação, tanto nas duas primeiras posições, como tambem a maior parte das terceiras e quartas posições do mesmo vertice, transformam-se, pelo movimento rodatorio na bacia, nesta posição á sahida; e sómente poucas das ultimas posições se conservam com a testa voltada para a parte anterior, para por este modo effectuarem o parto na terceira e quarta posição do vertice.

Supposto que, nesta sahida, no maior numero de casos, se apresente a sutura sagital exactamente na direcção do diametro antero-posterior do estreito inferior da bacia, observam-se tambem muitos casos, principalmente quando a bacia é espaçosa e a parturiente multipara, nos quaes a sutura sagital se offerece com a direcção um tanto obliqua; de modo que a parte posterior de um osso parietal com a parte correspondente do osso occipital se apresenta por baixo da arcada pubiana.

Quando a cabeça do féto, na apresentação pelo vertice,

está chegada ao estreito inferior da bacia, e durante as dores estende o perineo, separando excessivamente os labios pudendos, e cessando as dores recua, diz-se então, a cabeça está para penetrar. Quando porém as dores tem adquirido a sua maior intensidade (dores conquassentes ou expulsivas) e impellem para diante a cabeça, a ponto de ficar fixada e visivel no perineo alongado, diz-se então, a cabeça está a desembaraçar-se. Passado algum tempo, maior ou menor, segundo que a mulher é multipara ou primipara, a cabeça avança sobre o perineo, que, levado ao maior gráo de extensão, recua escorregando sobre ella. Este processo, da penetração e da cabeça se desembaraçar, nas quatro posições do vertice, acha-se representado na seguinte estampa.

Fig. 89. A penetração da cabeça do féto na primeira e segunda posição do vertice. O occiput, um pouco descido, começa a apparecer por baixo da arcada dos ossos pubis; a ponta da barba está aproximada ao thórax, e o perineo não se acha ainda alongado.

Fig. 90. A cabeça do féto a desembaraçar-se na primeira e segunda posição do vertice. O occiput desembaraçando-se da arcada pubiana, a ponta da barba affasta-se do peito, e o vertice avançando sobre o perineo o distende excessivamente.

Fig. 91. A penetração da cabeça do féto na terceira e quarta posição do vertice. Quando a terceira e quarta posição do vertice se não tem transferido para a segunda e primeira (Fig. 89 e 90), e como taes não tem terminado, acontece então, no terceiro periodo do parto (1), voltar-se a testa para a

(1) A generalidade dos Parteiros Alemães divide o acto do parto em 5 periodos: 1.° desde que as dores pricipiam, até o orificio uterino começar a dilatar-se; 2.° desde esta época até ao rompimento das membranas; 3.° desde este rompimento até as partes genitaes externas da mãi começarem a ser dilatadas pela cabeça do féto, e esta a ser visivel; 4.° desde a apparição da cabeça do féto na abertura vulvar até á completa sahida, e de todo o corpo; e 5.° todo o tempo do delivramento. *(Os Traductores.)*

symphysis pubiana, o occiput descer mais para o perineo, e a ponta da barba chegar-se para o peito.

Fig. 92. A cabeça do féto desembaraçando-se na terceira e quarta posição do vertice. Pela violencia das dores, no quarto periodo do parto, o occiput desce mais para o perineo, distende-o excessivamente, em quanto que a testa, voltada para cima, se demora um pouco; a final, o occiput é o primeiro que sahe, passando sobre o perineo, que recua na proporção que se vai voltando, o mesmo occiput, por diante delle, sahindo depois a testa e a face por baixo da arcada pubiana.

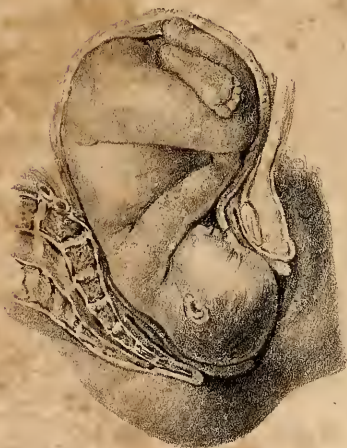
Taboa XVII.

Fig. 89. A penetração da cabeça do féto, na primeira e segunda posição do vertice.

Fig. 90. A cabeça do féto desembaraçando-se, na primeira e segunda posição do vertice.

Fig. 91. A penetração da cabeça do féto, na terceira e quarta posição do vertice.

Fig. 92. A cabeça do féto desembaraçando-se, na terceira e quarta posição do vertice.

Tab. XVII

Taboa XVIII.

A sahida da cabeça do féto nas apresentações da face; apresentação pelos joelhos.

Na primeira e segunda posição da face, a sua linha mentu-frontal entra no estreito abdominal, penetrando pelo diametro antero-posterior; de modo que a ponta da barba vem ficar por baixo da symphysis pubiana, e a testa voltada para o osso sacro. Pelo mesmo modo terminam a terceira e quarta posição, quando mudam para a segunda e primeira posição da face, como acontece geralmente. A face apresenta-se, neste caso, para penetrar e franquear a vulva, de um modo semilhante ao das apresentações pelo vertice. Quando porém no rarissimo caso, a terceira e quarta posição da face não mudam para a segunda e para a primeira, a testa póde então voltar para a symphysis pubiana, e a ponta da barba para o osso sacro, do que resulta um consideravel encunhamento, que ordinariamente causa a morte do féto.

Fig. 93. O ingresso da cabeça do féto, na primeira e segunda posição da face. Achando-se o pescoço muito alongado, a ponta da barba desce pela parte posterior da symphysis pubiana, a testa está voltada para o osso sacro, e a linha da face corresponde ao diametro antero-posterior do estreito perineal.

Fig. 94. A cabeça do féto franqueando a bacia da mãi, na primeira e segunda posição da face. A ponta da barba apoia-se na parte inferior da arcada pubiana, a face apresen-

ta-se entre os labios pudendos, e a testa acha-se por cima do perineo, e o alonga; até que, por vehementissimas dores, a cabeça do féto se desembaraça caminhando sobre elle.

Fig. 95. O encunhamento da cabeça do féto, na terceira e quarta posição da face, no estreito perineal. A testa está descida abaixo da symphysis pubiana, e a ponta da barba virada par o osso sacro, o pescoço no maximo gráo de alongamento, e o thórax fixado ao promontorio. A sahida do féto, nesta attitude, é difficultosa, e raras vezes se effectua pelos esforços naturaes: ordinariamente a sua vida é sacrificada, e a arte é quem termina o parto.

Fig. 96. A apresentação do féto pelos joelhos. Das posições condicionalmente regulares do féto, apresentando-se pela sua extremidade pelvica, a apresentação pelos joelhos é a mais rara, e offerece as mesmas especies como as apresentações pelas nadegas e pelos pés, e por tanto devem-se confrontar estes casos.

Taboa XVIII.

Fig. 93. O ingresso da cabeça do féto, na primeira e segunda posição da face.

Fig. 94. A cabeça do féto franqueando a bacia da mãi, na primeira e segunda posição da face.

Fig. 95. O encunhamento da cabeça do féto, na terceira e quarta posição da face.

Fig. 96. A apresentação do féto pelos joelhos.

Tab. XVIII

Taboa XIX.

A apresentação do féto no parto, pelas nadegas.

A APRESENTAÇÃO pelas nadegas é a mais commum de todas as apresentações em que a extremidade inferior do corpo do féto se offerece primeiro, e se observa mais vezes que as duas apresentações juntas pelos pés e joelhos. Esta apresentação do féto pertence ás condicionalmente regulares, porque, se as condições são favoraveis, o parto póde terminar-se pelos esforços naturaes; nos casos contrarios facilmente se torna irregular.

Tem tambem estas apresentação quatro especies de posições, segundo que os quadriz correspondem a um ou outro diametro obliquo, e segundo que a face anterior do féto está dirigida para a parte anterior ou posterior da mãi.

Fig. 97. *Primeira posição das nadegas* (1). Os quadriz correspondem ao primeiro diametro obliquo; o quadril direito está dirigido para a parte anterior e esquerda, o quadril esquerdo para a parte posterior e direita, e a superficie abdominal voltada para parte posterior e esquerda.

Fig. 98. *Segunda posição das nadegas*. Os quadriz cor-

(1) O Sr. Busch, tanto nas posições das apresentações do féto pela face, como nas posições das apresentações pelas nadegas, adopta uma numeração diversa da que eu sigo: elle chama primeira posição da face, á mentu-iliaca esquerda, á qual eu chamo segunda posição; e chama segunda posição á mentu-iliaca direita, á qual eu chamo primeira. O mesmo succede com as posições das apresentações pelas nadegas; á que elle chama segunda posição chamo eu primeira, e á que elle chama quarta chamo eu segunda. Pareceu-me este esclarecimento indispensavel para evitar desintelligencias. *(Mazarem.)*

respondem ao segundo diametro obliquo; o quadril esquerdo está dirigido para a parte anterior e direita, o quadril direito para a parte posterior e esquerda, e a superficie abdominal voltada para a parte posterior e direita.

Fig. 99. *Terceira posição das nadegas.* Os quadriz correspondem ao primeiro diametro obliquo; o quadril esquerdo está dirigido para a parte anterior e esquerda, o quadril direito para a parte posterior e direita, e a superficie abdominal voltada para a parte anterior e direita.

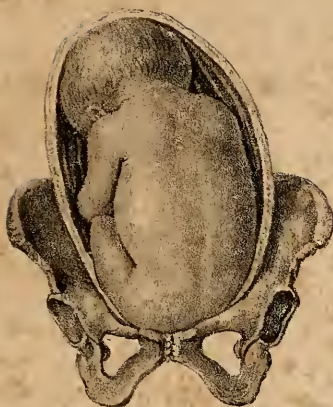
Fig. 100. *Quarta posição das nadegas.* Os quadriz correspondem ao segundo diametro obliquo; o quadril direito está dirigido para a parte anterior e direita, o quadril esquerdo para a parte posterior e esquerda, e a superficie abdominal para a parte anterior e esquerda.

Depois das nadegas terem penetrado na escavação, o diametro transverso dos quadriz estabelece-se no diametro antero-posterior do estreito inferior; então, na primeira e quarta posição, a superficie abdominal do féto dirige-se directamente para o lado esquerdo; na segunda e terceira posição directamente para o lado direito da mãi; e, depois do transito das nadegas, a superficie abdominal volta-se, na primeira e quarta posição, para a parte posterior e esquerda, e na segunda e terceira posição para a parte anterior e direita.

Taboa XIX.

Fig. 97. A primeira posição das nadegas.
Fig. 98. A segunda posição das nadegas.
Fig. 99. A terceira posição das nadegas.
Fig. 100. A quarta posição das nadegas.

Tab. XIX.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 L.x.a

Taboa XX.

A apresentação do féto pelos pés; e o desenvolvimento das partes genitaes exteriores da mulher, pela passagem das partes apresentadas do féto.

A apresentação do féto pelos pés deriva, ordinariamente, da apresentação das nadegas, ás quaes os pés se antecipam, e raras vezes procede de apresentação transversa. Como a apresentação pelos pés tem as mesmas quatro especies de posições, similhantes ás das nadegas, segundo que os quadriz correspondem ao primeiro ou segundo diametro obliquo, e segundo que a superficie abdominal do féto está voltada para a parte anterior ou posterior da mãi, na presente Taboa só duas especies de posições, das apresentações pelos pés, vão ser representadas, a primeira e a quarta.

Fig. 101. *A primeira posição dos pés.* Os quadriz correspondem ao primeiro diametro obliquo; o quadril direito está dirigido para a parte anterior e esquerda, o quadril esquerdo para a parte posterior e direita, e a superficie abdominal voltada para a parte posterior e esquerda. Na terceira posição dos pés, os quadriz tambem correspondem ao primeiro diametro obliquo, porém a superficie abdominal está voltada para a parte anterior e direita, como na terceira apresentação das nadegas (Fig. 99).

Fig. 102. *A quarta posição dos pés.* Os quadriz correspondem ao segundo diametro obliquo; o quadril direito está diri-

gido para a parte anterior e direita, o quadril esquerdo para a parte posterior e esquerda, e a superficie abdominal está voltada para a parte anterior e esquerda. Na segunda posição dos pés, os quadriz correspondem tambem ao segundo diametro obliquo, porém a superficie abdominal está voltada para a parte posterior e direita, como na segunda posição pelas nadegas (Fig. 98).

Fig. 103. O desenvolvimento das partes genitaes externas da mulher, pela passagem das partes do féto apresentadas. Os labios pudendos estão consideravelmente alongados; o perineo adelgaçado, ampliado, e prominente, assemilhando-se a um segmento de esfera; o ano mui dilatado, o qual ás vezes soffre pequenas rasgaduras. A parte apresentada do féto, que nesta Figura é a cabeça, penetra na vulva passando por cima do perineo. As partes genitaes externas da mulher offerecem esta mesma disposição, quando no parto o féto se apresenta quer pela face, quer pelas nadegas.

Taboa XX.

Fig. 101. A primeira posição dos pés.

Fig. 102. A quarta posição dos pés.

Fig. 103. O desenvolvimento das partes genitaes externas da mulher, pela passagem da cabeça do féto.

Tab. XX

Fig. 101.

Fig. 102.

Fig. 103.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.º 12 Lx.ª

Taboa XXI.

A sahida do féto pelas partes genitaes da mãi, nas apresentações das nadegas e dos pés.

A sahida do féto, apresentando-se pela extremidade pelvica, tem a particularidade de sempre corresponder, mais ou menos, o seu diametro transverso dos quadriz, ao diametro recto (antero-posterior) do estreito inferior da bacia da mãi; comtudo, alguma differença ha, segundo que a sahida se faz na apresentação pelas nadegas, ou na apresantação completa ou incompleta pelos pés.

Fig. 104. *A sahida do féto na apresentação pelas nadegas.* No maior numero dos partos, em que os fétos se apresentam pelas nadegas, as coxas se elevam e aproximam á snperficie abdominal; o quadril que está voltado para a parte anterior, aqui o esquerdo, sahe por baixo da arcada dos pubis, e depois o quadril, que está voltado para a parte posterior, o direito, sahe por cima do perineo. A presente Estampa mostra a sahida do féto na segunda e terceira posição da apresentação pelas nadegas; porém na primeira e na quarta posição o quadril direito sahe por baixo da arcada dos pubis, e o quadril esquerdo por cima do perineo, com a superficie anterior voltada para o lado esquerdo da mãi.

Fig. 105. *A descida do féto na completa apresentação pelos pés.* Os pés, descendo mais que as nadegas, no decurso do parto se alongam para fóra da vulva, e a sahida dos quadriz se faz pelo mesmo modo como nas apresentações pelas nadegas (Fig. 104).

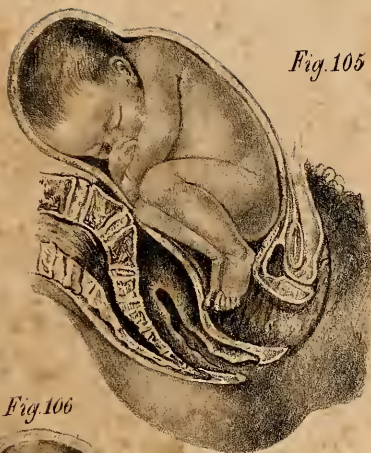
Fig. 106. *A sahida do féto na incompleta apresentação pelos pés.* O pé do féto, que fica retido, distende-se ao longo da superficie abdominal como succede a ambos nas apresentações pelas nadegas; o quadril correspondente ao, pé que está detido, dirige-se sempre para a curvadura do osso cacro, ainda mesmo que antes se achasse posto por detraz dos ossos pubis; e o pé descido sahe, com o seu quadril, sempre por baixo da arcada pubiana.

Fig. 107 *A sahida das espadoas nas apresentações pelas nadegas e pelos pés.* Quando o féto se acha de fóra da vulva até ás espadoas, o braço e espadoa correspondente, que está voltado para o osso sacro, é quem sahe primeiro; e depois, se as partes genitaes são bastante espaçosas, o braço, que está voltado para a parte anterior, sahe com a competente espadoa por baixo da arcada dos pubis; porém, sendo as partes genitaes um tanto restringidas, o féto, depois da sahida do primeiro braço, faz um movimento rodatorio sobre o seu eixo longitudinal, e o braço, que está posto na parte superior, volta-se com a sua espadoa para o osso sacro, e sahe tambem por cima do perineo.

Taboa XXI.

Fig. 104. A sahida do féto nas apresentações pelas nadegas.
Fig. 105. A descida do féto na completa apresentação pelos pés.
Fig. 106. A sahida do féto na incompleta apresentação pelos pés.
Fig. 107. A sahida das espadoas nas apresentações pelas nadegas e pelos pés.

Tab. XXI

Lith. de M. L. da Cᵗᵃ R. N. dos Mᵗˢ Nº 12 Lx.ᵃ

Taboa XXII.

A primeira especie subdividida, das quatro posições pelas nadegas.

Nas situações viciosas do féto, o seu eixo longitudinal está mais ou menos desviado do eixo longitudinal do utero e da bacia, do que resultam as apresentações transversaes e obliquas do mesmo féto, ficando mui distantes da entrada da bacia as suas duas extremidades cephalica e pelvica, locando-se na mesma entrada uma parte do tronco, só ou conjunctamente com alguns de seus membros thoraxicos ou abdominaes.

Nos casos destas situações anormaes, os fétos se apresentam com mais frequencia pelas espadoas ou por um dos lados do thórax, descendo ordinariamente, ao mesmo tempo, o braço correspondente. As apresentações pelo dorso, ou pela parte anterior do thórax, raras vezes se observam, e mais raras são ainda as apresentações pelo abdomen ou pelos quadriz.

As verdadeiras apresentações pelo pescoço só tem sido observadas quando o féto se acha situado mui alto, e sempre se convertem, com o progresso do parto, em apresentações pelas espadoas, pelo dorso, ou pelo thórax.

As situações viciosas influem no parto da seguinte maneira : se o féto é de tempo, a súa sahida não póde effectuar-se sem que a situação delle melhore, o que sómente em rarissimos casos se faz pelos esforços da natureza, por meio da versão espontanea ; ordinariamente porém vem a ser praticada pelos meios da arte, fazendo-se dar uma volta ao féto. Omittindo-se este auxilio, o féto morre, se o parto se prolonga por

muito tempo, e por fim a mãi tambem sucumbe debaixo dos inuteis esforços da natureza, quer em consequencia do rompimento do utero, quer da gangrena do mesmo, quer em fim pela inanição das forças.

A designação das especies de posições viciosas do féto se faz, como nas outras posições, conforme as correspondencias com os dois diametros obliquos do estreito abdominal da bacia, achando-se regularmente o diametro longitudinal do corpo fétal correspondendo a um dos diametros obliquos, ou ao menos transitando logo do diametro transverso para o obliquo, a cabeça está dirigida ou para a parte anterior ou posterior; na primeira e segunda posição a cabeça está voltada para a parte anterior, na terceira e quarta está voltada para a parte posterior.

As mais frequentes apresentações viciosas do féto são, como já dissemos, aquellas pelas espadoas, achando-se apenas, entre um grande numero destas, uma das outras apresentações viciosas; de modo que as apresentações pelas espadoas são as que merecem a particular attenção dos Parteiros.

Como porém o féto se póde apresentar quer por uma quer por outra das suas espadoas em cada uma das quatro situações, a sua superficie abdomial póde estar voltada ou para a parte posterior ou para a anterior. Ora, como a direcção da superficie abdominal para a parte posterior é a mais favoravel para ser operada a versão, chamamos a esta *a primeira especie subdividida* das apresentações pelas espadoas. Mas se o abdomen do féto está voltado para a parte anterior, o que é menos favoravel para ser praticada a versão, chamamos a esta situação *a segunda especie subdividida* das apresentações pelas espadoas. Na presente (Tab. XXII) é representada a primeira especie subdividida das quatro apresentações pelas espadoas.

Fig. 108. *A primeira especie subdividida, da primeira posição pelas espadoas.* O tronco do féto corresponde ao primeiro diametro obliquo; a espadoa direita está dirigida para

a parte inferior, a cabeça para a parte anterior, sobre o osso pubis esquerdo, e as nadegas para a parte posterior, sobre a symphysis sacro-iliaca direita. O dorso está voltado para a parte anterior e direita, e a superficie abdominal para a parte posterior e esquerda.

Quando o féto se acha ainda alto e movivel, para se operar a versão sobre a cabeça, deve-se introduzir a mão direita, e para se fazer a versão sobre os pés, deve introduzir-se a mão esquerda. Quando porém o féto está fixo, nesta apresentação, no estreito abdominal, póde sómente introduzir-se a mão direita por diante da symphysis sacro-iliaca esquerda, e por este modo abranger os pés.

Fig. 109. *A primeira especie subdividida da segunda posição pelas espadoas.* O tronco do féto corresponde ao segundo diametro obliquo; a cabeça está posta para a parte anterior, sobre o osso pubis direito, as nadegas para a parte posterior, sobre a symphysis sacro-iliaca esquerda, a espadoa esquerda voltada para a parte inferior, o dorso para a parte anterior, e a superficie abdominal para a parte posterior. Na posição alta do féto, para se fazer a versão sobre a cabeça, deve-se introduzir a mão esquerda; e para se fazer a versão sobre os pés a mão direita. Na posição mais baixa do féto, a versão sobre os pés se faz introduzindo a mão esquerda por diante da symphysis sacro-iliaca direita para os alcançar.

Fig. 110. *A primeira especie subdividida da terceira posição pelas espadoas.* O tronco do féto corresponde ao primeiro diametro obliquo; as nadegas estão postas na parte anterior, sobre o osso pubis esquerdo, a cabeça para a parte posterior, sobre a symphysis sacro-iliaca direita, e a espadoa esquerda está dirigida para a parte inferior; a superficie abdominal está voltada para a parte posterior e esquerda, e o dorso para a parte anterior e direita.

Na posição alta do féto, para se fazer a versão sobre a

cabeça, introduz-se a mão esquerda; e para a versão sobre os pés a mão direita. Sendo a posição do féto mais baixa, sómente a mão direita póde ser introduzida por diante da symphysis sacro-iliaca esquerda para pegar nelles.

Fig. 111. *A primeira especie subdividida da quarta posição pelas espadoas.* O tronco do féto corresponde ao segundo diametro obliquo; as nadegas estão postas para a parte anterior, sobre o osso pubis direito, a cabeça posta sobre a symphysis sacro-iliaca esquerda, e a espadoa direita voltada para a parte inferior; a superficie abdominal dirigida para a parte posterior e esquerda, e a superficie dorsal para a parte anterior e direita.

Na posição alta do féto deve-se introduzir a mão direita, para se operar a versão sobre a cabeça, e a mão esquerda para a versão sobre os pés; sendo a posição do féto mais baixa, sómente a mão esquerda póde ser introduzida para se fazer a versão sobre os pés, levando-a por diante da symphysis sacro-iliaca direita para os apprehender.

Taboa XXII.

Fig. 108. A primeira especie subdividida da primeira posição pelas espadoas.

Fig. 109. A primeira especie subdividida da segunda posição pelas espadoas.

Fig. 110. A primeira especie subdividida da terceira posição pelas espadoas.

Fig. 111. A primeira especie subdividida da quarta posição pelas espadoas.

N. B. No Titulo da Taboa XXII, onde se lê = pelas nadegas = deve ler-se ☞ pelas espadoas.

Fig. 108
Fig. 109
Fig. 110
Fig. 111

Taboa XXIII.

A segunda especie subdividida das quatro posições pelas espadoas.

NA segunda especie subdividida das apresentações pelas espadoas, a superficie abdominal do féto está dirigida para a parte anterior, e a superficie dorsal para a parte posterior.

Fig. 112. *A segunda especie subdividida da primeira posição pelas espadoas.* O tronco do féto corresponde ao primeiro diametro obliquo; a cabeça está posta para a parte anterior, sobre o osso pubis esquerdo, e as nadegas para a parte posterior, sobre a symphysis sacro-iliaca direita; a espadoa esquerda voltada para a parte inferior, a superficie abdominal dirigida para a parte anterior e direita, e a superficie dorsal para a parte posterior e esquerda. Na posição alta do féto se introduz a mão direita para se fazer a versão sobre a cabeça, e para se fazer a versão sobre os pés, a mão esquerda. Na posição baixa, sómente se póde fazer a versão sobre os pés pela introducção da mão esquerda, dirigindo-a, para os apprehender, por detraz do osso pubis direito.

Fig. 113. *A segunda especie subdividida da segunda posição pelas espadoas.* O tronco do féto corresponde ao segundo diametro obliquo; a cabeça está posta para a parte anterior, sobre o osso pubis direito, as nadegas para a parte posterior, sobre a symphysis sacro-iliaca esquerda, a espadoa direita está voltada para a parte inferior, a superficie abdominal para a parte anterior e esquerda, e a dorsal para a parte posterior e direita. Na posição alta do féto, a versão sobre a cabeça, faz-se introduzindo a mão esquerda, e a versão sobre os pés introduzindo a mão direita. Na posição baixa só póde ser feita a versão sobre os pés, introduzindo a mão direita, para os alcançar, por detraz do osso pubis esquerdo.

Fig. 114. *A segunda especie subdividida da terceira posição pelas espadoas.* O tronco do féto corresponde ao primeiro diametro obliquo com as nadegas para a parte anterior, sobre o osso pubis esquerdo, a cabeça para a parte posterior, sobre a symphysis sacro-iliaca direita; a espadoa direita voltada para a parte inferior, a superficie abdominal para a parte anterior e direita, e a dorsal para a parte posterior e esquerda. Na posição alta do féto, a versão sobre a cabeça faz-se com a mão esquerda, e a versão sobre os pés com a mão direita. Na posição baixa só póde ser feita a versão sobre os pés com a mão esquerda, introduzindo-a por detraz do osso pubis direito para pegar nelles.

Fig. 115. *A segunda especie subdividida da quarta posição pelas espadoas.* O tronco do féto corresponde ao segundo diametro obliquo; as nadegas estão postas para a parte anterior, sobre o osso pubis direito, a cabeça para a parte posterior, sobre a symphysis sacro-iliaca esquerda; a espadoa esquerda está voltada para a parte inferior, a superficie abdominal para a parte anterior e esquerda, e a superficie dorsal para a parte posterior e direita. Na posição alta do féto introduz-se a mão direita para se fazer a versão sobre a cabeça,

e para se fazer a versão sobre os pés a mão esquerda. Na posição baixa sómente se póde fazer a versão sobre os pés introduzindo a mão direita por detraz do osso pubis esquerdo para os abranger.

Taboa XXIII.

Fig. 112. A segunda especie subdividida da primeira posição pelas espadoas.

Fig. 113. A segunda especie subdividida da segunda posição pelas espadoas,

Fig. 114. A segunda especie subdividida da terceira posição pelas espadoas.

Fig. 115. A segunda especie subdividida da quarta posição pelas espadoas.

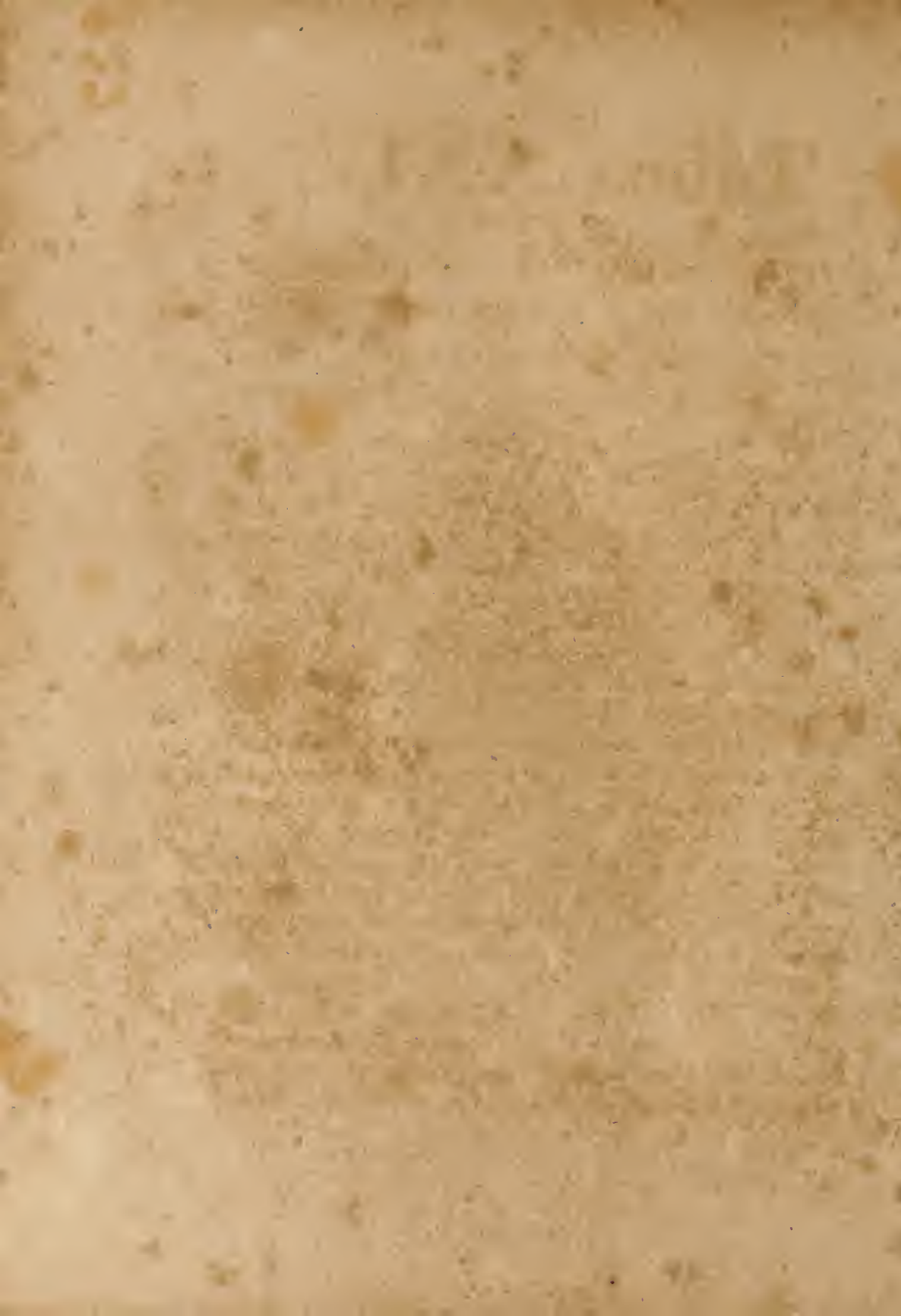
Tab. XXIII

Fig. 112

Fig. 113.

Fig. 114

Fig. 115

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.º 12 Lx.a

Taboa XXIV.

As apresentações do féto pelas espadoas procidentes; a apresentação pelo dorso, pelo abdomen, e pelo peito.

Quando as apresentações pelas espadoas não se mudam a tempo, isto é, no fim do segundo ou terceiro periodo do parto, pela versão para a apresentação da cabeça ou dos pés, o féto penetra, no decurso do terceiro periodo, na excavação com a espadoa procidente, ordinariamente com a sahida do braço, pelo que a versão se difficulta mais. Quando tambem, neste tempo, a apresentação pelas espadoas não tem melhorado, o féto, tendo morrido, póde ser expulso com o tronco até ao estreito inferior da bacia, e nos casos raros operar-se a versão espontanea.

Fig. 116. *A apresentação pelas espadoas, conjunctamente com a procidencia do braço.* A presente Figura representa a primeira especie subdividida da segunda posição pelas espadoas, com o braço esquerdo procidente; a cabeça está posta para a parte anterior e direita, as nadegas para a parte posterior e esquerda, o dorso para a parte anterior e esquerda, e a superficie abdominal para a parte posterior e direita. O thórax do féto está fixado no estreito superior da bacia. Neste caso, a versão sobre os pés é o unico modo de o desembaraçar, e o unico caminho para chegar com a mão aos pés é pela parte posterior e direita, levando-a acima da symphysis sacro-iliaca direita. A mão esquerda é que deve ser introduzida por baixo do braço procidente fazendo com ella cautelosos movi-

mentos rodatorios. A mutilação do braço procidente, proposta pelos antigos Parteiros, para poder franquear o espaço á introducção da mão, ordinariamente é inutil; e sómente deverá ser praticada no rarissimo caso, em que o braço procidente obsta á introducção da mão do Parteiro.

Fig. 117. *O féto entranhado profundamente na apresentação pela espadoa.* Nas apresentações pelas espadoas totalmente abandonadas, com particularidade na primeira e segunda posição, o féto curva o tronco, ordinariamente depois de estar morto; a espadoa que está procidente sahe com o braço por baixo da symphysis pubiana, e o thórax, com o lado correspondente, loca-se sobre o perineo. Se as partes tem aptidão para se alargar, e se as forças da mãi são energicas, póde-se, neste caso, effectuar a versão espontanea, sahindo o tronco do féto curvado por cima do perineo, as nadegas conjunctamente com os pés, e por fim a cabeça com os braços retidos.

Quando porém a versão espontanea não continua, e o féto permanece encunhado nesta apresentação, não póde haver esperança na versão, sem expor a maior ou menor risco; pelo que a arte deve intervir para terminar o parto. Não podendo já a versão do féto, sobre os pés, ter logar, por se achar em uma posição mui baixa, o unico meio de que se deve lançar mão é o da Embryotomia, abrindo com o perforatorio o thórax ou as paredes abdominaes, se forem accessiveis ao instrumento. Os dedos, introduzidos pela abertura, extrahem os intestinos, produzem a completa curvadura do tronco, para as nadegas poderem sahir; e por este modo o parto se termina.

Fig. 118. *A apresentação do féto pelo dorso.* Esta apresentação do féto é muito mais rara que as apresentações pelas espadoas. Observam-se as mesmas quatro situações, como nestas, conforme o tronco corresponde ao primeiro ou ao segundo diametro obliquo, e a sua cabeça está dirigida para

a parte anterior ou posterior. A presente Estampa mostra a primeira posição pelo dorso, dirigido para a parte inferior; o tronco correspondendo ao primeiro diametro obliquo, a cabeça dirigida para a parte anterior e esquerda, e as nadegas para a parte posterior e direita. Na apresentação alta do dorso, para se fazer a versão sobre os pés, prefere-se a mão, que corresponde ás nadegas, por consequencia, neste caso, a esquerda. Estando o dorso mais descido, e não sendo possivel alcançar os pés do féto por este caminho, introduz-se a mão direita, passando por diante da symphysis sacro-iliaca esquerda, para pegar nelles.

Fig. 119. *A apresentação do féto pelo abdomen.* Como a apresentação primitiva não é rara, porém ordinariamente muda, no decurso do parto, para a apresentação pelas espadoas, peito ou pés. Esta Estampa representa a segunda posição elevada do abdomen, o qual se acha voltado para a parte inferior; o tronco correspondendo ao segundo diametro obliquo, a cabeça dirigida para a parte anterior e direita, e as nadegas para a parte posterior e esquerda. Para se fazer a versão sobre os pés, a mão direita é que se introduz para os alcançar.

Fig. 120. *A apresentação do féto pelo peito.* Esta apresentação tambem é rara, e ordinariamente muda, no decurso do parto, para a das espadoas. Aqui é representada a segunda posição da apresentação do peito, o qual está voltado para a parte inferior; o tronco correspondendo ao segundo diametro obliquo, a cabeça dirigida para a parte anterior e direita, e as nadegas para a parte posterior e esquerda. Neste caso, a mão direita vai directamente pegar nos pés. Quando, nos casos desprezados, o peito se acha mais descido com os dois braços procidentes, e com os pés postos sobre o dorso, a mão esquerda é que se introduz, dirigindo-a por diante da symphysis sacro-iliaca direita para pegar nos pés.

Taboa XXIV.

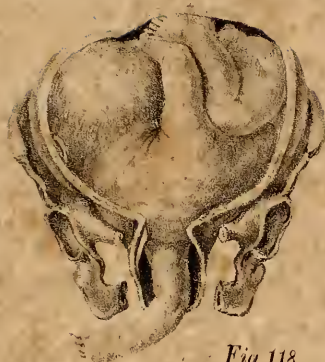
Fig. 116. A apresentação do féto pelas espadoas descidas.

Fig. 117. O féto entrando profundamente na apresentação pela espadoa, transitando para a versão espontanea.

Fig. 118. A apresentação do féto pelo dorso.

Fig. 119. A apresentação do féto pelo abdomen.

Fig. 120. A apresentação do féto pelo peito.

Lith. de M. L. & C.ta R. N. dos M.tes N.º 12 Lx.a

Taboa XXV.

A disposição da mão, na exploração obstetrica na mulher gravida, estando ella em pé.

A presente Taboa representa o procedimento explorador em uma gravida em pé, e a postura da mão do Parteiro para faze-lo.

Fig. 121. *A exploração obstetrica em pé.* Na posição erecta da mulher, introduz-se o dedo indicador da mão direita, untado em uma substancia gordurenta, na parede anterior da vagina até á sua parte superior, tanto para explorar a região correspondente da bacia, como a parte do féto apresentada; o dedo polegar deve ser posto sobre o lado direito do Monte de Venus, e os outros tres dedos dobrados sobre a face palmar da mão. A mão esquerda deve ser posta transversalmente no abdomen, sobre o utero, para exercer ao mesmo tempo o apalpamento externo.

Fig. 122. *A posição da mão para a exploração na parede anterior da bacia.* Esta figura representa ainda a posição da mão na exploração indicada na parede anterior da bacia (Fig. 121); o dedo indicador está estendido, o polegar inclinado para o lado, e os outros tres dobrados sobre a palma da mão.

Fig. 123. *A posição da mão para a exploração na parede posterior da bacia.* Esta posição da mão pertence á Fig. 124 da seguinte Taboa, onde é representada a exploração na parede posterior da bacia. O dedo indicador está estendido, o polegar inclinado para o lado, e os outros tres dedos prolongam-se sobre o perineo.

Taboa XXV.

Fig. 121. A exploração da mulher de pé, na parede anterior da bacia.

Fig. 122. A posição da mão para a exploração na parede anterior da bacia.

Fig. 123. A posição da mão para a exploração na parede posterior da bacia.

Tab. XXV.

Lith. de M. L. da C.ia R. N. dos M.res n.º 12 Lx.a

Taboa XXVI.

A exploração no principio do parto, e a mensuração interna do diametro antero-posterior da entrada da bacia.

Fig. 124. *A exploração no principio do parto.* O collo uterino acha-se desvanecido, o orificio do utero um pouco aberto, e a cabeça do féto posta na entrada da bacia. O dedo indicador da mão direita encaminha-se para o orificio uterino, o polegar está posto ao lado da entrada da vagina, dirigido para a parte superior, e os outros dedos estendidos sobre o perineo.

Fig. 125. *A exploração interna da bacia rachitica, feita com a mão.* Chegando, na restricção rachitica da bacia, o indicador introduzido, até ao promontorio do osso sacro, com maior ou menor facilidade, o que não succede na bacia normal, dá, neste caso, já alguma segurança do diagnostico a exploração manual, que então se deve ainda verificar pela exploração instrumental.

Na posição da mulher sobre o dorso, o dedo indicador da mão direita é introduzido na vagina, e tocando com a extremidade no promontorio sagrado, o seu bordo radial vai apoiar na margem inferior da arcada pubiana. Quando se está bem exercitado neste modo de explorar, aprecia-se com bastante exacção o gráo de estreiteza da bacia.

Fig. 126. *A mensuração do diametro angusto antero-posterior do estreito superior da bacia com o pequeno pelvimetro de Stein.* Ainda que esta maneira de explorar, regularmente

só se possa fazer, quando o parto já tem principiado, e raras vezes durante a prenhez, é com tudo a mais certa de todas as mensurações instrumentaes internas. Introduzem-se no interior da bacia os dois dedos, indicador e medio, da mão esquerda, fixando as suas extremidades no promontorio sacro; a mão direita introduz o pelvimetro ao longo da face palmar da mão esquerda, de quem os dedos lhe escoram a ponta no mesmo promontorio, então a mão direita levanta o instrumento até á parte inferior da arcada pubiana, e com o dedo indicador faz recuar a escala de demarcação do pelvimetro até ao ponto de fixa-la na parte interna da symphysis pubiana.

Por este modo se marca o diametro antero-posterior diagonal, devendo diminuir-se, da medida obtida, meia polegada para ter a medida do diametro recto antero-posterior da entrada da bacia; porém muitas vezes acha-se nesta medida algumas linhas de menos.

Taboa XXVI.

Fig. 124. A exploração manual no principio do parto.

Fig. 125. A exploração manual da bacia rachitica.

Fig. 126. A exploração instrumental interna da bacia rachitica.

Tab. XXVI

Fig. 124

Fig. 125

Fig. 126

Lith. de M. L. da Cª R. N. dos M.es 12 Lx.ª

Taboa XXVII.

A mensuração instrumental externa da bacia, e a mensuração da sua inclinação.

Fig. 127. *A mensuração instrumental exterior da bacia.* Para verificar a mensuração interior manual e instrumental (Fig. 125 e 126.), a mensuração da bacia exterior, que pela primeira vez Baudeloque pôz em pratica, é de grande importancia. O instrumento deve ser applicado á bacia, estando em pé a mulher, de modo que a ponta de uma de suas hasteas fique posta na apophysis espinhosa da ultima vertebra lombar, e a ponta da outra hastea sobre a parte superior da symphysis pubiana, fixando depois ambas as hasteas apertando o pequeno parafuso. Da medida, por este modo obtida, deduz-se tres polegadas para a espessura das paredes da bacia, e suppõe-se o resto a medida do diametro antero-posterior do estreito superior. Indicando porém, por este methodo de medir o diametro sacro-pubiano, ordinariamente algumas linhas de mais, é conveniente determinar o meio termo da mensuração exterior e interior, como medida do diametro antero-posterior do estreito abdominal da bacia.

Fig. 128. *A mensuração da inclinação da bacia.* Dos diversos methodos para medir a inclinação da bacia, este aqui representado, proposto por Kluge pela primeira vez, é o mais preferivel. O instrumento de Kluge foi corregido por mim, com o fim de poder pôr e tirar a escala de inclinação do compasso, segundo que sómente se quer fazer a mensuração da bacia, ou tambem a mensuração da inclinação.

A applicação de ambas as pontas do compasso se faz como na mensuração da bacia, com a differença, que a ponta posterior se applica sobre a apophysis espinhosa da penultima vertebra lombar. O perpendiculo pendente na escala, indica o gráo da inclinação. Esta mensuração da inclinação é muito certa quando o promontorio sagrado não está nem mais alto, nem mais baixo do que ordinariamente.

Taboa XXVII.

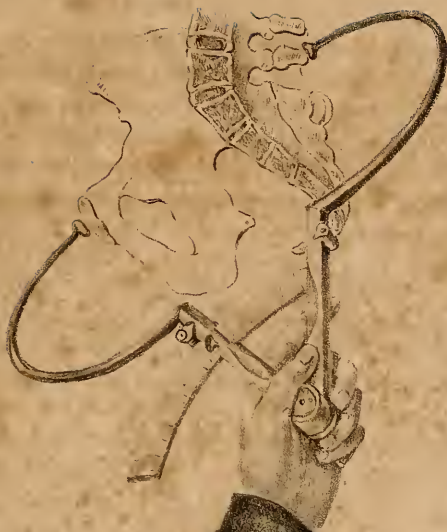
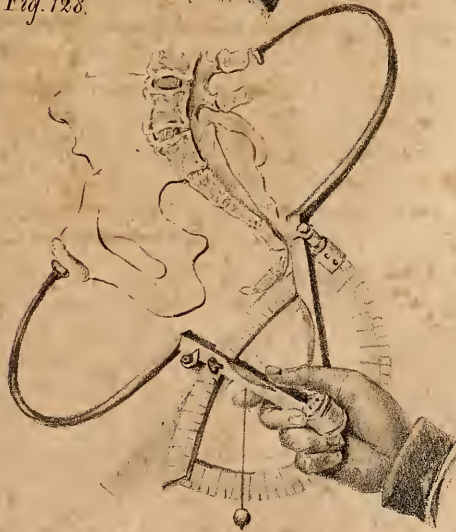
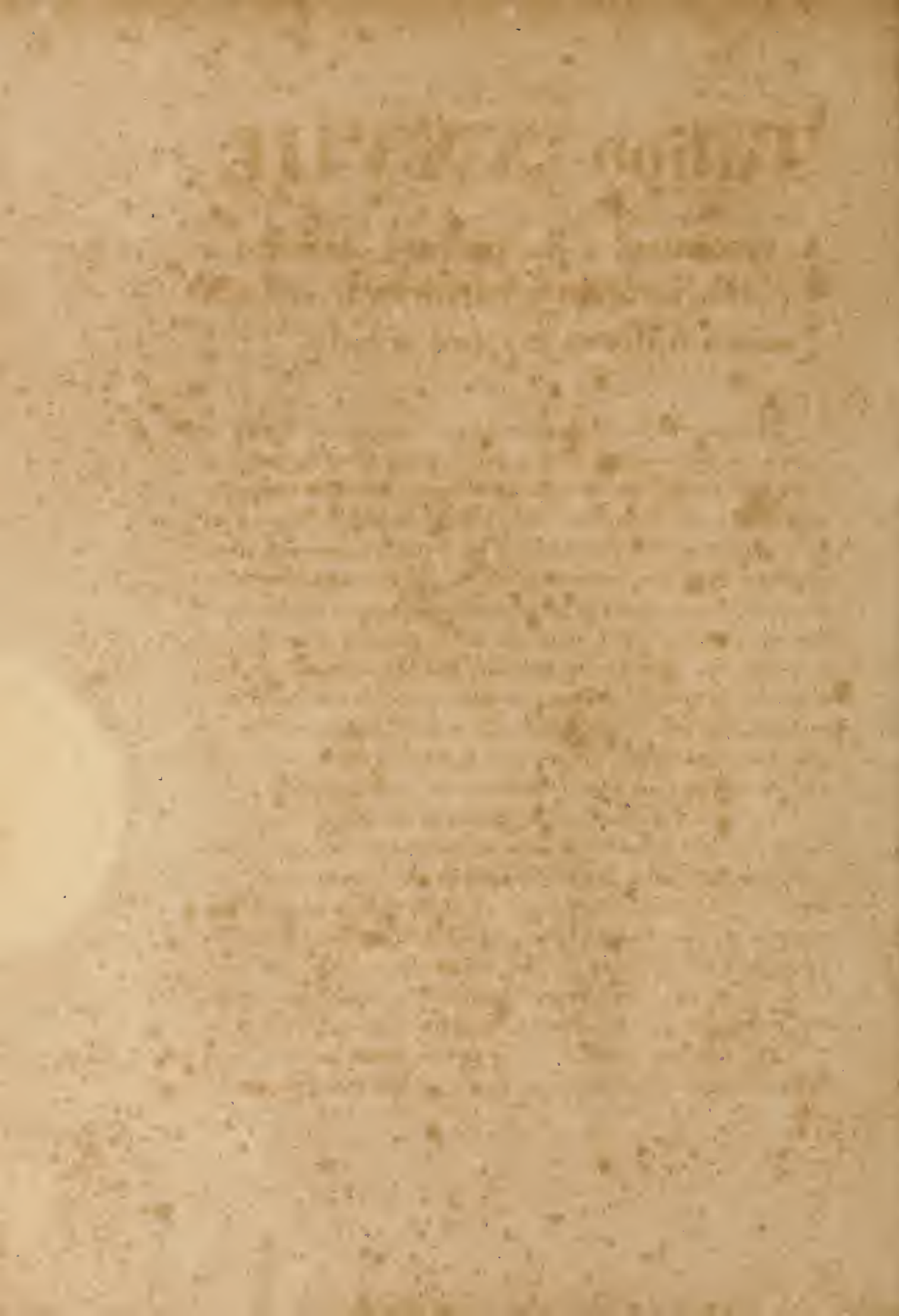
Fig. 127. A mensuração instrumental exterior da bacia.

Fig. 128. A mensuração da inclinação da bacia.

Tab. XXVII.

Fig. 127

Fig. 128.

Lith. de M. L. da Cta R. N. dos Mtes No. 12 Lxa

Taboa XXVIII.

A sustentação do perineo durante o parto, estando a parturiente situada sobre o dorso e sobre o lado.

A conservação do perineo da parturiente, na sahida da cabeça ou das nadegas do féto pelas partes genitaes externas, é tão importante, e a rasgadura delle, não obstante os muitos cuidados, é tão frequente, que é um dever particular do Parteiro prestar a esta região toda a protecção. Consiste esta em sustentar cuidadosamente o perineo na occasião da cabeça do féto estar franqueando as partes genitaes. Deve-se porém notar que a sustentação não se exerce antecipadamente em quanto a cabeça não está fixa no perineo, mas sim no momento que a cabeça !penetra, e tambem no intervallo das dores fica conservada no perineo distendido. O apoio da mão se faz sómente com moderada força e com igualdade sobre todo o perineo, dirigido para a parte superior da arcada pubiana.

Fig. 129. *A sustentção do perineo na situação sobre o dorso.* Sendo, no acto do parto, a situação sobre o dorso a mais commum na Allemanha, applica-se tambem ahi ordinariamente este modo de sustentação do perineo. O carpo da mão está posto na commissura dos grandes labios, e toda a face palmar estendida por toda a superficie do perineo, sustentando-o com igualdade. A mão que sustenta não deve seguir á cabeça quando penetra, mas sim seguir o perineo quando este recua sobre a cabeça.

Fig. 130. *A sustentação do perineo na situação sobre o lado.* O' parto nesta posição é raro na Allemanha, porém re-

commenda se em alguns casos. A parturiente está deitada sobre um dos lados, com as coxas em flexão sobre a superficie abdominal, e os joelhos affastados por um travesseiro. O Parteiro está sentado por de traz da parturiente, apoiando o perineo com a face palmar da mão, tendo collocado o metacarpo, o dedo polegar e o indicador na commissura dos grandes labios.

Taboa XXVIII.

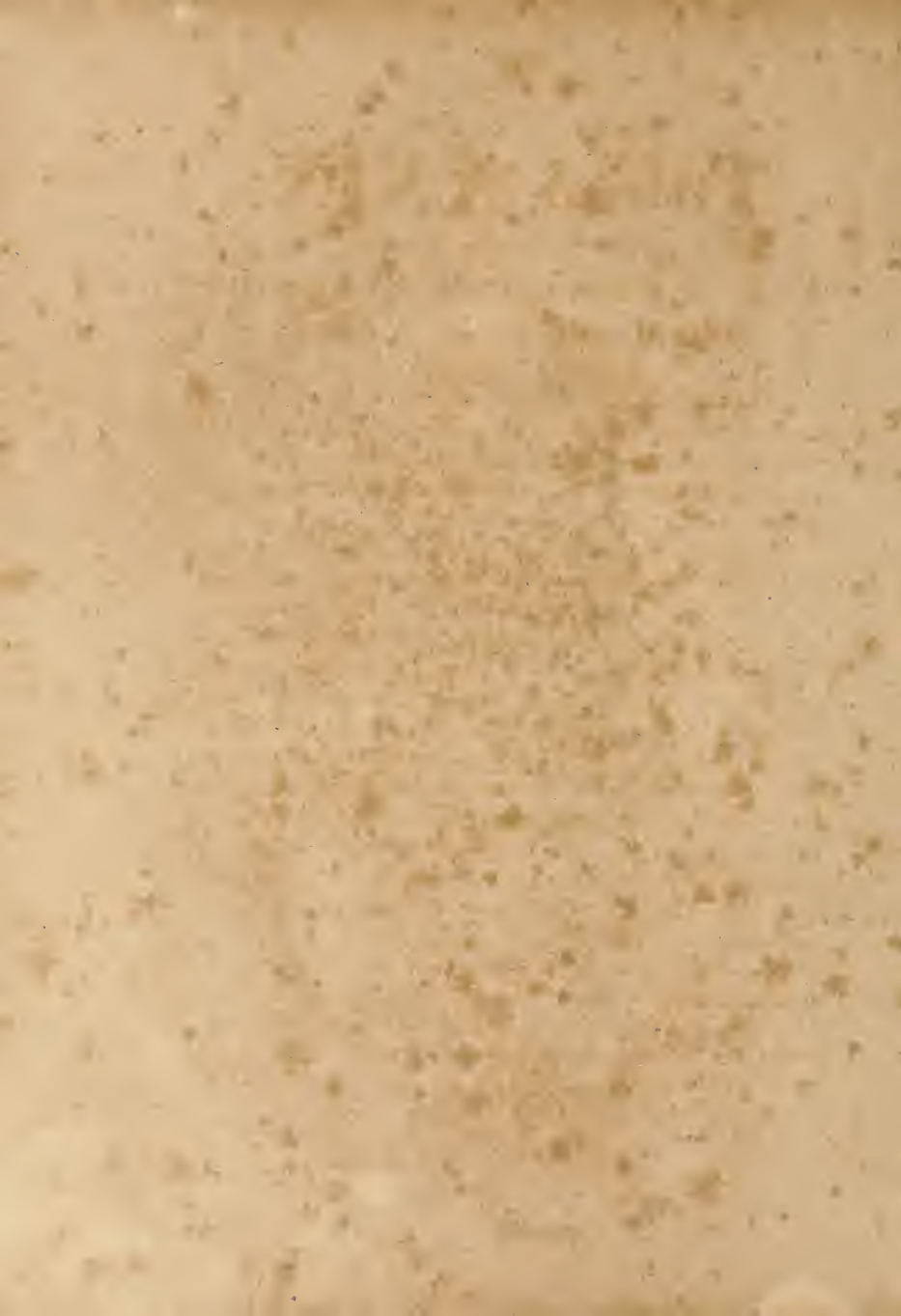
Fig. 129. A sustentação do perineo na situação sobre o dorso.

Fig. 130. A sustentação do perineo na situação sobre o lado.

Tab. XXVIII.

Fig. 129

Fig. 130

Lith. de M. L. d. e Cie R. N. dos M.res N. 12.

Taboa XXIX.

Leito de parto, em que a parturiente está deitada sobre o dorso.

É muito conveniente á parturiente, que está deitada sobre o dorso em um leito de parto, que este seja commodo e seguro, que tambem permitta prestar-lhe facilmente os soccorros que precisa e cuidar no seu aceio. Este leito faz-se com um colxão de parto.

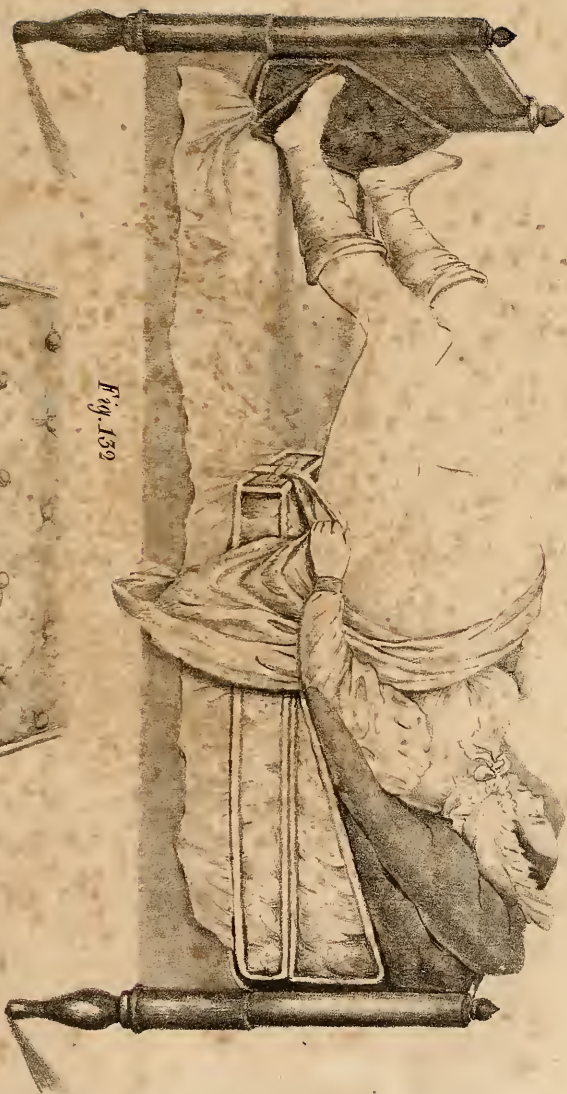
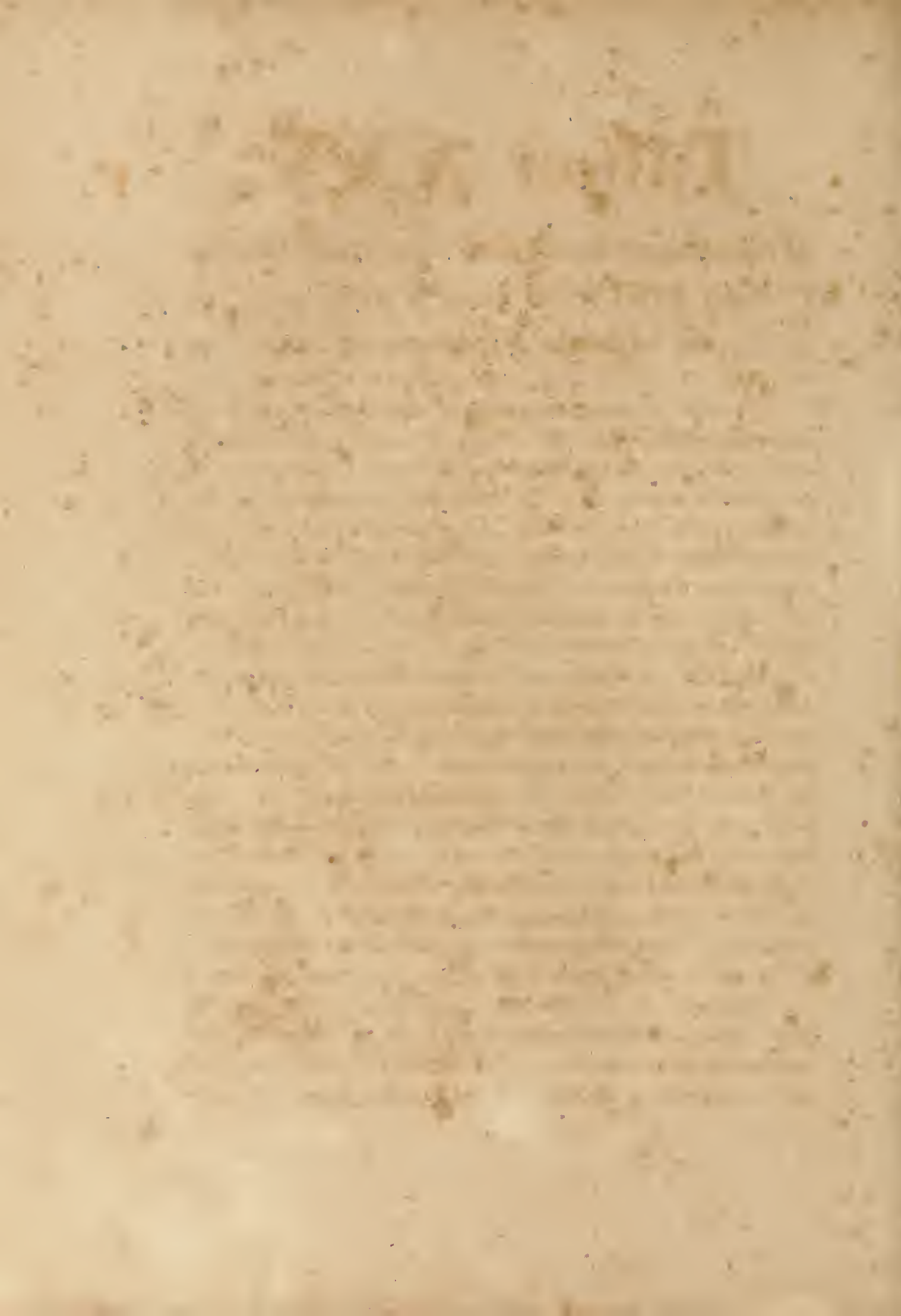
Fig. 131. *O leito de parto com a parturiente deitada sobre o dorso.* Em uma cama ou sofá põe-se um encerado para obstar que os liquidos lhe penetrem; em cima deste o colxão de parto, pondo-se na extremidade, que corresponde á cabeça, travesseiros para a elevar. A parturiente deita-se sobre este leito, de maneira tal, que as suas partes genitaes fiquem desembaraçadas sobre a excisão ou córte do colxão de parto, com as pernas e coxas em moderada flexão; de modo que os pés achem um apoio na extremidade inferior da cama. As mãos firmão-se nas pegas do colxão. Não obstante ser util e vantajoso um tal leito, com tudo cança a parturiente, quando por muito tempo persiste nelle; por tanto, deve-se estabelecer, que se não deite sobre o leito antes do segundo e mesmo do terceiro periodo do parto.

Fig. 132. *O colxão de parto.* Consiste este em uma almofada bem cheia, tendo de espessura tres ou qutro polegadas, com uma excisão ou córte triangular, no qual se mette uma caixa de folha de Flandres para receber os liquidos, e tendo nos bordos lateraes as pegas.

Taboa XXIX.

Fig. 131. O leito de parto, com a parturiente deitada sobre o dorso.

Fig. 132. O colxão de parto.

Tab. XXIX

Taboa XXX.

O rompimento artificial das membranas do ovo, feito com a mão só, ou armada d'instrumento.

Quando as membranas do ovo são espessas, que o seu rompimento não póde ser effectuado pelas contracções do utero, ou quando se offerece uma particular indicação de promover a sahida do fluido amniotico, o rompimento das membranas do ovo pratica-se, ou com a mão, ou com o instrumento. Sobre isto ha ainda uma differença, segundo que a operação se faz durante o trabalho do parto, ou segundo que se pratica como procedimento preliminar do parto prematuro artificial.

Fig. 133. *O rompimento artificial das membranas do ovo, feito com a mão.* Quando as membranas do ovo são demasiadamente resistentes, de modo que, não obstante achar-se completamente dilatado o orificio uterino, ellas se não rompem; ou quando, por motivo de uma particular indicação, como por exemplo havendo a metrorrhagia, o rompimento das membranas do ovo torna-se já necessario no meio do segundo periodo do parto; então deve-se em primeiro logar tentar o rompimento com a mão, que no maior numero de casos é sufficiente, e torna desnecessaria a applicação dos instrumentos.

Introduz-se no interior da vagina, no começo da dôr, o dedo indicador de uma das mãos, com a face palmar dirigida para baixo, até a sua ponta ficar posta por baixo do labio anterior do orificio uterino, sobre a convexidade da bolsa das agoas, como aqui se acha representado. Quando pela subse-

quente dôr, a bolsa é alongada, com a ponta do dedo comprime-se as membranas no sentido opposto ao seu alongamento, e por este meio, no maior numero de casos, se obtem o seu rasgamento. Sómente quando a bolsa está muito aproximada á cabeça do féto e contém pouco liquido amniotico, é que este processo falha, escorregando o dedo pelas membranas; porém havendo bastante liquido accumulado na bolsa, ainda que as membranas sejam muito rijas, esta pratica é sempre efficaz. Depois da sahida das agoas introduz-se o dedo a travez do rasgamento das membranas para o dilatar mais.

Fig. 134. *O rompimento artificial das membranas do ovo, praticado com o instrumento.* Nos casos em que o rasgamento das membranas não póde ser effectuado com a mão pelos motivos acima ponderados, é necessario então recorrer aos meios instrumentaes. Com estas vistas se tem inventado alguns instrumentos particulares, entre os quaes me parece ser o mais commodo o proposto por mim, que consiste em uma tesoura destinada a cortar o cordão umbilical, com o addicionamento d'um ganchinho para romper as membranas, o qual fica escondido nella quando a tesoura está fechada. Introduz-se na vagina a tesoura fechada, dirigida pelo indicador da outra mão, até apoiarem as suas pontas arredondadas nas membranas. Logo que a bolsa das agoas é distendida pelas dores, abre-se um pouco a tesoura para descobrir o ganchinho, e comprimindo a moderadamente contra a bolsa, a rompe, e a sahida do fluido amniotico se faz immediamente. Fecha-se depois a tesoura, e se tira para fóra da vagina, protegendo a sahida com o dedo que cobre o ganchinho. O rasgamento feito nas membranas se engrandece com o mesmo dedo que esteve introduzido na vagina.

Fig. 135. *O rompimento das membranas para promover o parto prematuro artificial.* O methodo mais antigo de promover o parto prematuro artificial é o da punctura das mem-

branas, para dar sahida ao fluido amniotico. Posto que este methodo seja o mais seguro, comtudo notam-se-lhe inconvenientes, pelo que, nos casos ordinarios se tem preferido outro processo. Entretanto, não devemos inteiramente desprésa-lo, porque, em alguns casos especiaes, a punctura das membranas é indicada. Quando é necessario promover artificialmente o parto prematuro, o collo uterino não tem desapparecido, nem o seu orificio está ainda aberto, pelo que nem o dedo, nem a tesoura com o ganchinho podem ser applicados para este fim; por tanto deve-se introduzir um instrumento para romper as membranas. Este instrumento póde ser uma sonda de dardo mettida dentro de um canudo. O dedo indicador da mão direita fixa a porção vaginal do collo uterino para dirigir o canudo, que occulta a sonda de dardo e a faz entrar brandamente, com a outra mão, no orificio, e a comprime até que a falta de resistencia indique, que a sonda penetrou na cavidade do utero. Com o dedo polegar da mão esquerda, puxa-se depois a hastea da sonda, para a fazer entrar no canudo, e por este modo se obtem o rasgamento das membranas.

Tambem se póde introduzir o canudo só pelo collo uterino, e metter depois o dardo dentro, e promover assim o rompimente das membranas. O dardo deve ter uma ponta pyramidal muito curta, para sómente penetrar nas membranas e não offender alguma das partes do féto collocado dentro do utero. O instrumento deve ter uma curvadura com sufficiente tamanho para se accommodar á curvadura da pelve.

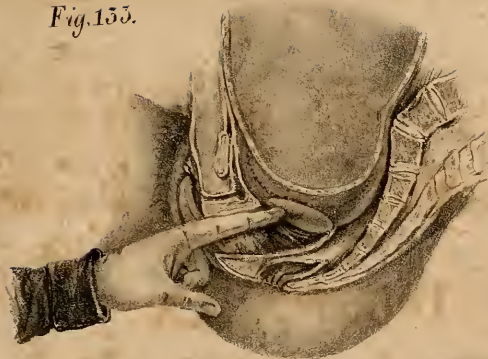
Taboa XXX.

Fig. 133. O rompimento artificial das membranas do ovo, feito com a mão.

Fig. 134. O rompimento artificial das membranas do ovo, praticado com instrumento durante o parto.

Fig. 135. O rompimento das membranas para promover o parto prematuro artificial.

Tab. XXX

Litt. de M. L. da C.ia R. N. dos M.tes N.º 12 Lx.ª

Taboa XXXI.

O parto prematuro artificial promovido pela excitação e dilatação do orificio uterino; attitude da mão para a versão.

Modernamente raras vezes se promove o parto prematuro artificial pela punctura das membranas do ovo, mas sim pela excitação e dilatação do orificio uterino, e pela estimulação do utero. Quando a applicação do tampão, approvado pelas nossas modernas experiencias, não produz o desejado effeito de promover as sufficientes dores, deve-se fazer a introducção da esponja preparada dentro do collo uterino. Como porém, em muitos casos, o orificio do utero se acha ainda restricto, e tambem a flacidez da porção vaginal do collo difficulta a introducção da esponja, é conveniente dilatar e excitar primeiro o orificio do collo uterino por meio de um dilatador, e como este procedimento é muitas vezes sufficiente para sollicitar as dores, póde-se então, sem difficuldade, fazer a introducção da esponja.

Fig. 136. *A dilatação do orificio uterino com o dilatador.* Introduz-se o dedo indicador da mão direita na vagina até ao orificio uterino, para dirigir o dilatador de tres hasteas, o qual deve ser mettido dentro do mesmo orificio, de modo que o apice do instrumento penetre no orificio interno do utero. Pela compressão do cabo, as tres hasteas do dilatador

divergem; e por este modo o orificio uterino se alarga sem violencia. Este processo repete-se, no primeiro dia duas vezes, e, quando seja necessario, mais uma no segundo; o que é bastante para abrir o orificio uterino, e facilitar a introducção da esponja preparada.

Fig. 137. *A introducção da esponja preparada dentro do orificio do utero.* Pega-se com uma pinça em um pedaço de esponja preparada, enrolado em fórma de cone, de quem o apice deve ter duas linhas de espessura; conduz-se, á favor do dedo indicador da outra mão, até dentro do orificio uterino, um pouco aberto; depois o mesmo dedo desembaraça da pinça a esponja, e a faz penetrar mais no orificio, até a sua base se achar entranhada nos labios. Tira-se então a pinça, e introduz-se na vagina, até ao orificio do utero, um pedaço de esponja ordinaria. No dia seguinte, tira-se primeiro a esponja ordinaria, depois a esponja preparada, puxando por o fio que deve estar atado nella, a qual deve ser substituida por outro cone mais espesso, continuando assim até que as dores annunciem o começo do parto. A pinça com que se pega na esponja preparada deve ter uma curvadura apropriada á da pelve para facilitar a introducção, e outra curvadura para se accommodar á convexidade do perineo, da maneira que representa a estampa.

Fig. 138. *A mão em fórma de cone, vista pela superficie palmar.* Quando tem que se introduzir a mão dentro do utero, para proceder á versão do féto, ou ao delivramento, é necessario dar-lhe a feição de um cone. O dedo mediano occupa a parte posterior, por diante delle aproximam-se os dedos indicador e annular, e por diante destes os dedos polex e minimo, curvando, quanto for possivel, os ossos do metacarpo. Dobrado por este modo, o diametro transverso de uma mão ordinaria de homem, fica reduzido a duas polegadas e tres quartos até tres polegadas.

Fig. 139. *A mão em fórma de cone, vista pela superficie dorsal.* Esta estampa representa a mão curvada em fórma de cone, vista pela superficie dorsal, e refere-se a ella o que fica dito no antecedente periodo.

Taboa XXXI.

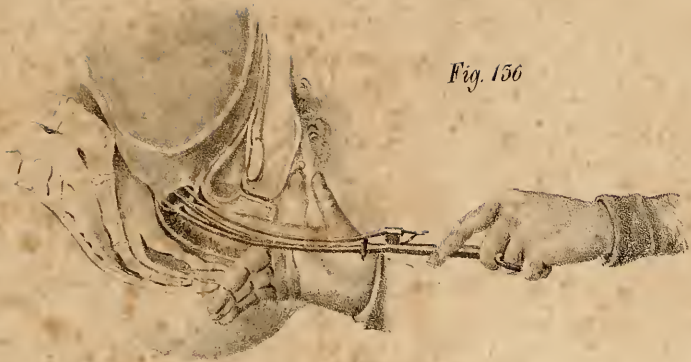
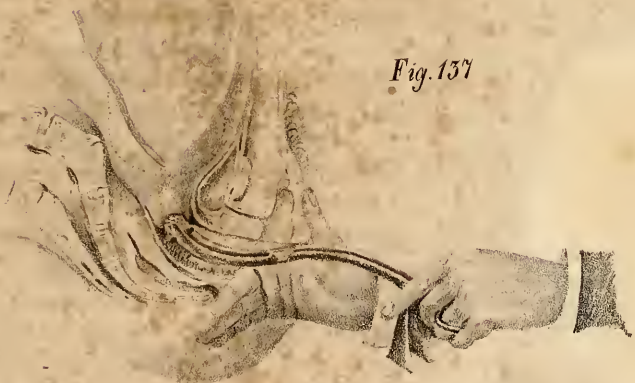
Fig. 136. A dilatação do orificio uterino, com o dilatador para promover o parto prematuro artificial.

Fig. 137. A introducção da esponja preparada dentro do orificio do utero, para produzir o parto prematuro artificial.

Fig. 138. A mão em fórma de cone, vista pela superficie palmar.

Fig. 139. A mão em fórma de cone, vista pela superficie dorsal.

Tab. XXXI

Lith. de M. L. de Cie R. N. des Mtrs No 12 Lisa

Taboa XXXII.

A introducção da mão para fazer a versão; a extracção do féto na sua apresentação pelas nadegas.

Fig. 140. *A introducção da mão para a versão.* Um importante acto do processo da versão é a introducção da mão nas partes genitaes externas, na vagina e no utero. Por uma parte deve promover-se este acto com a menor violencia possivel; e por outra parte tem que se evitar uma demasiada e continua irritação nestas partes, que necessariamente as ha de prejudicar provocando violentas contracções, que difficultam a versão. A mão, em fórma de cone, introduz-se no estreito perineal, com o seu diametro transverso posto no paralello do diametro antero-posterior do mesmo estreito; penetra, fazendo movimentos rodatorios na entrada vulvar e dentro da vagina. Quando estas partes são muito angustas, como nas primiparas, os movimentos rodatorios da mão sobre o perineo devem ser moderados; sendo sómente possivel neste logar e nesta direcção obter uma sufficiente dilatação na entrada da vagina; não se deve empregar demasiada força para não causar a rasgadura do perineo. Deve-se tambem absolutamente evitar violentos empuxões contra a arcada pubiana.

Fig. 141. *A extracção do féto na apresentação pelas nadegas.* O parto pelas nadegas é condicionalmente regular, e por isso ordinariamente se deve confiar aos esforços da natureza. Com tudo occorrem circumstancias, em que os soc-

corros da arte são sollicitados para o terminar; porém é necessario acautelar não considerar esta indicação como necessaria, quando ha o retardamento do parto no terceiro ou quarto periodo. Quando se offerece a indicação para promptamente effectuar o parto pelas nadegas, e o féto se acha ou muito acima collocado, ou muito movivel na excavação, de modo que seja possivel fazer subir as nadegas e extrahir-lhe os pés, este meio se deve preferir como mais favoravel. Pelo contrario, quando as nadegas se acham muito entradas na excavação e encunhadas, é necessario extrahi-lo pelas mesmas nadegas. Primeiramente emprehende-se a extracção com as mãos, e não podendo obter-se, applica-se o forceps pequeno ás nadegas, o que, com tudo rarissimas vezes se faz necessario.

A extracção das nadegas com a mão faz-se de modo que a mão correspondente se applica á coxa, collocada na parede anterior da bacia; o dedo indicador põe-se na prega inguinal, e o polegar fica estendido sobre o osso sacro; fazem-se então tracções rodatorias para o eixo da bacia, até a coxa descer abaixo da arcada pubiana; tira-se depois a mão para applicar a outra da mesma maneira á coxa que está collocada na parede posterior da bacia, trazendo-a para a abertura vulvar por cima do perineo.

Estas tracções devem ser feitas com a possivel brandura, não havendo esta precaução, facilmente se póde deslocar ou fracturar a perna do féto.

Fig. 142. *A extracção do féto na apresentação pelas nadegas, depois destas terem sahido.* Depois de se terem extrahido as nadegas para fóra das partes genitaes externas, da maneira que fica exposto, seguram-se com as duas mãos, de modo que os dois dedos indicadores postos de cada lado fiquem applicados sobre as pregas inguinaes e os dois polex estendidos sobre o osso sacro.

Então continuam-se as tracções rodatorias até sahirem

as extremidades inferiores sobre o perineo. Finalmente a extracção do tronco, a soltura dos braços e a desenvolução da cabeça se faz do mesmo modo como na versão sobre os pés.

E' necessario, em quanto os pés do féto não estão de fóra da vulva, ter muita attenção com os movimentos rodatorios, tanto pelo que respeita á força que se emprega, como á direcção; deve evitar-se elevar muito, para a arcada pubiana, a perna que está superiormente collocada, do que facilmente póde resultar a fractura della.

Taboa XXXII.

Fig. 140. A introducção da mão nas partes genitaes externas para fazer a versão.

Fig. 141. A extracção das nadegas na sua apresentação.

Fig. 142. A extracção do féto na apresentação das nadegas, depois destas terem sahido.

Tab. XXXII

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 Lx.a

Taboa XXXIII.

A versão do féto sobre a cabeça e sobre as nadegas; preparativo para a versão sobre os pés, na apresentação pelo dorso; a descida dos pés, na apresentação pelas nadegas.

Fig. 143. *A versão sobre a cabeça.* E' nos tempos modernos que este methodo de versão, antigamente praticado, foi restabelecido, e tem prestado, nos casos em que verdadeiramente é indicado, tão importantes successos, que hoje se usa com bastante proveito, particularmente pelo que respeita á conservação da vida do féto. Com tudo, é preciso limita-lo rigorosamente aos casos em que só se deve produzir um melhoramento á apresentação e posição do féto, quando ainda occupa um logar alto e movivel, tendo a cabeça mais aproximada á entrada da bacia que as nadegas, e que não existe uma especial indicação de apressar o parto.

Depois dos preparativos ordinarios para a versão, o Parteiro introduz, segundo as regras, a mão dentro do utero que corresponde ao lado da mãi, para onde a cabeça do féto está dirigida, rompe a bolsa das agoas, segura com a mão e dedos estendidos a cabeça e a dirige com suavidade para a entrada da bacia; retira depois a mão conservando ainda, por algum tempo, dois dedos dentro do orificio do utero, postos sobre a cabeça para a manter até que as subsequentes dores a fixem no estreito abdominal, e entrega aos esforços da natureza a expulsão do féto.

Fig. 144. *A versão sobre as nadegas.* Este methodo de versão, modernamente recommendado, e praticado com grande utilidade nos convenientes casos, é com tudo prejudicial, quando a sua indicação não é limitada a certos casos.

Esta versão é sómente indicada para melhorar a apresentação, quando não existe um motivo que inste a accelerar o parto, e o féto está ainda alto, movivel e com as nadegas mais aproximadas á entrada da bacia que a cabeça.

Introduz-se, segundo as regras, dentro do utero a mão que corresponde ao lado da mãi, para onde as nadegas do féto estão dirigidas, e se apprehendem de modo que o dedo mediano fique posto no sulco; dirigem-se com brandura para a entrada da bacia, e se deixam ficar, do mesmo modo como na versão sobre a cabeça, os dois dedos para ahi se conservarem até que a natureza effectue a sua expulsão.

Fig. 145. *Os preparativos para a versão sobre os pés, na apresentação do féto pelo dorso.* Quando tem que se fazer a versão sobre os pés, na apresentação do féto pelo dorso, facilita muito, para encontrar os pés, fazer previamente a mudança da apresentação pelo dorso para a apresentação sobre o lado, com a superficie abdominal para a parte posterior, o que com tudo só póde fazer-se nos casos, em que o utero ainda não está muito contrahido sobre o féto.

A mão, que é introduzida para a versão, segura o tronco do féto de maneira, que o polegar fique posto no lado do thorax, que está voltado para parte anterior, e os outros dedos no lado opposto, a quem deprimem, em quanto que o polegar faz elevar suavemente o lado sobre que está posto.

Esta manobra se repete tantas vezes quantas são necessarias para o abdomen do féto ficar voltado para a parte posterior; então a mão, subindo pela parede posterior da bacia, empolga os pés.

Fig. 146. *A descida dos pés, na apresentação pelas nade-*

gas. Quando, na apresentação pelas nadegas, é indicado accelerar o parto, e o féto se acha ainda alto e movivel para se poder trazer os pés para baixo, sempre isto é preferivel á extracção do féto pelas nadegas. Estando os pés postos na sua primitiva posição mais descidos que as nadegas, abaixam-se e trazem-se um depois do outro. Estando porém elevados para o abdomen, então devem primeiro ser trazidos á sua primitiva posição, debaixo de convenientes preceitos. Ter-se-ha todo o cuidado em não causar a fractura de alguma das pernas, e por isso sempre se devem trazer uma primeiro, depois a outra.

O Parteiro introduz a mão dentro do utero, segundo a regra, com a superficie palmar voltada para a face anterior do féto, e empurra com cautella as nadegas para o lado opposto; caminha para cima pela perna do féto mais aproximada, applica-lhe o polegar á curva para lhe fixar a coxa, segura-a com os outros dedos e a conduz com pontualidade para baixo, tomando cuidado que não fique cruzada sobre a outra. Se isto acontecer, deve-se então conduzir primeiro a outra perna. Só depois de ter trazido uma, é que se agarra a outra, dobrando primeiro a articulação do joelho. A extracção do féto se pratica finalmente segundo as regras da versão sobre os pés.

Taboa XXXIII.

Fig. 143. A versão sobre a cabeça.

Fig. 144. A versão sobre as nadegas.

Fig. 145. Os preparativos para a versão sobre os pés, na apresentação do féto pelo dorso.

Fig. 146. A descida dos pés, na apresentação pelas nadegas.

Tab. XXXIII

Fig. 143

Fig. 144

Fig. 145

Fig. 146.

Lith. de M. L. da C.ia R. N. dos M.res N.o 12 Lx.a

Taboa XXXIV.

A maneira de pegar nas pernas dentro do utero para fazer a versão sobre os pés.

Depois de se ter introduzido a mão dentro do utero, segundo as regras prescriptas (Tab. XXXII Fig. 140), e chegado ás pernas do féto, devem-se estender, uma depois da outra, quando estiverem encruzadas, como ordinariamente succede, porém achando-se postas ao lado uma da outra, agarram-se e estendem-se ambas juntas. Quando facilmente se póde pegar em uma só, estende-se sómente esta, e faz-se a versão puxando por ella; mas difficultando-se effeituar por este modo voltar o féto e extrahi-lo, não se devé proseguir. O procedimento de pegar e estender as pernas deve ser praticado com muita circumspecção, para as não fracturar e não produzir graves e excessivas contracções do utero.

Fig. 147. *A apprehensão e extensão das pernas.* Esta Estampa representa a versão na segunda especie subdividida da segunda posição na apresentação pela espadoa, para perfeitamente ser visto o féto pela sua superficie anterior.

Introduz-se a mão direita no interior da bacia, pela parte anterior e esquerda, para alcançar as pernas, que se acham em flexão e postas uma sobre a outra, na superficie anterior do féto. Neste caso não se deve pegar na perna que está mais approximada ao abdomen do féto, porém sim naquella que está por diante della, na qual se pega com o polegar e os outros dedos, e se conduz suavemente para a parte inferior distendendo-a. Pega-se depois na outra perna para a

estender do mesmo modo, pegando em ambas juntamente como indica a Fig 149. Todo este processo deve ser feito com bastante precaução, tendo principalmente em vista não causar prejuizo aos ossos compridos e articulações do féto.

Fig. 148. *A maneira de pegar juntamente em ambas as pernas.* A Estampa representa a primeira especie subdividida da segunda posição na apresentasão pela espadoa, para mostrar a introducção da mão na bacia pela sua parede posterior.

Introduz-se a mão esquerda por diante da symphysis sacro-iliaca direita, sobre o peito do féto para lhe alcançar as pernas, as quaes se acham collocadas uma ao lado da outra proximo do abdomen, pegando nellas pela maneira que indica a Fig. 147, porém com a differença de pegar em ambas; logo que os joelhos, postos em flexão, formam, pouco mais ou menos, um angulo recto, a mão desce das pernas para os pés, pega em ambos e os estende sobre o abdomen affastando-os vagarosamente. Na presente Estampa está representado o momento em que a mão é dirigida das pernas para os pés, para completar a extensão.

Fig. 149. *Modo de proseguir, segundo as regras, no pegar dos pés, para fazer a versão.* A presente Estampa representa tambem a primeira especie subdividida da segunda posição na apresentação pela espadoa, para mostrar a posição dos pés effeituada pelo antecedente procedimento (Fig. 148).

A mão esquerda segura os pés pela parte posterior, de modo que ficam abrangidos na face palmar, com o dedo mediano mettido entre elles por cima dos malleolos internos, o index e o annular por cima dos malleolos externos, e o dedo polegar fica em disponibilidade, para quando se puxam os pés para baixo, poder com elle elevar o tronco, no caso que o seu rodar se difficulte. Por este motivo se prefere não fazer uso do dedo polegar para pegar nos pés, e applicar sómente para isso os outros dedos.

Sempre é mais conveniente pegar nos pés pela parte posterior; quando porém nas posições particulares, se acham proximos da mão do Parteiro, de modo que não podem ser apprehendidos sem que a mão rode, então póde-se tambem pegar nos pés pela parte anterior, isto é pelo seu dorso.

De qualquer modo que se pegue nos pés, seja pela parte anterior ou posterior, sempre se deve pegar nelles com toda a mão ficando abrangidos na palma; nunca se deve apprehender as pernas de maneira que os pés fiquem por fóra da mão, isto é, por cima da sua face dorsal.

Depois de os ter seguros pelo modo indicado, promove-se a versão do féto, attrahindo-os com cuidado, ajudando com o dedo polex a levantar o tronco quando for necessario. A versão é effeituada quando os pés apparecem fóra das partes genitaes, e os quadriz do féto se acham na entrada da bacia.

Fig. 150. *Da maneira de proceder para pegar nos pés do feto na sua apresentação pelo vertice.* A Estampa representa a primeira posição na apresentação pelo vertice, com a prévia apresentação da placenta ao mesmo tempo, e a versão pelos pés é indicada pela existencia de uma metrorrhagia.

Introduz se a mão esquerda, conduz-se pela superficie anterior do féto até ir alcançar as pernas, pega-se nellas, estendem-se, segurando se como nos casos ordinarios da versão, segundo as regras ao diante estabelecidas (Tab. XXXV, Fig. 151), para as atrahir para baixo. Tambem nesta Estampa se mostra a posição da outra mão, na parte de fóra sobre o fundo do utero, o que muitas vezes é proveitoso para auxiliar o movimento rodatorio do féto.

Taboa XXXIV.

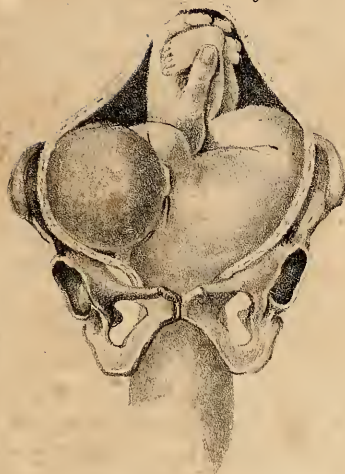
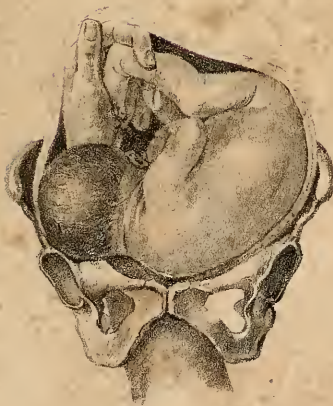
Fig. 147. O modo de pegar e fazer a extensão das pernas.

Fig. 148. O modo de pegar nas pernas estando collocadas ao lado uma da outra.

Fig. 149. O modo de pegar nos pés, segundo as regras, para praticar a versão.

Fig. 150. O modo de pegar nos pés na apresntação do féto pelo vertice.

Tab. XXXIV

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 Lx.a

Taboa XXXV.

A maneira de proceder á versão do féto, segundo as regras, na sua apresentação pela cabeça; applicação do laço e extracção do féto.

Fig. 151. *A maneira de proceder á versão do féto, segundo as regras, na sua apresentação pela extremidade cephalica.* Depois de estarem seguras as pernas na apresentação pela cabeça, e estendidas, como indica a Tab. XXXIV. Fig. 150, pratica-se então, pelo meio da attracção dellas, sem violencia, a versão do féto, ao mesmo tempo que com a mão, que externamente está applicada ao fundo do utero, sustenta a mudança da situação do mesmo féto.

Fig. 152. *A applicação do laço a uma perna.* A applicação do laço, nos tempos modernos, raramente é praticada, porque se faz a versão sobre um pé, quando com facilidade se não póde alcançar o segundo, e o féto está bastante movivel para poder-se praticar, sem embaraço, a versão sobre um só; quando, porém o segundo está dobrado sobre o dorso do féto, de modo que a versão sobre um só pé é difficultosa, então applica-se ao primeiro pé o laço, e procura-se depois o segundo.

A presente Fig. representa a segunda especie subdividida da segunda posição na apresentação pela espadoa. O pé esquerdo está posto sobre o abdomen do féto. A mão direita do Parteiro vai, pela parte anterior e esquerda, pegar no pé esquerdo posto no abdomen, de modo que fique mettido entre

o dedo mediano e annular. A mão esquerda introduz o laço, por meio do porta-laço, dentro do utero, e depois do dedo polegar e indicador o ter recebido e posto sobre o pé, aperta-se o laço.

Fig. 153. *A extracção do féto por ambos os pés.* Logo que os pés estão fóra das partes genitaes, pega-se nelles para operar a extracção do féto de modo, que cada pé fique seguro pela mão correspondente com os dedos polegares estendidos pela face posterior das pernas. Assim dispostos fazem-se tracções rodatorias dirigidas para o lado onde se acha o abdomen do féto.

Taboa XXXV.

Fig. 151. A maneira de fazer a versão do féto na sua apresentação cephalica.

Fig 152. A applicação do laço a um pé.

Fig. 153. A extracção do féto por ambos os pés.

Tab. XXXV.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 Lx.a

Taboa XXXVI.

A extracção do féto por um pé; a continuação da extracção, e o afroxamento do cordão umbilical.

Fig. 154. *A extracção por um pé.* Quando na versão se tem sómente attrahido um pé para fóra da vulva, e a extracção é indicada, pega-se então no pé com ambas as mãos, ficando uma por cima da outra, de maneira que os polegares fiquem na face posterior da perna, e se praticam depois tracções rodatorias. Se o pé escondido está posto para a parte anterior, e o quadril está fixado na symphysis pubiana, deve-se, em taes casos, volta-lo, por movimentos rodatorios, para a parte posterior, de modo que o quadril deste lado franque sempre o perineo. No momento da sahida dos quadriz dirigem-se as tracções um pouco para a parte superior, para ser favorecida a sahida sobre o mesmo perineo.

Fig. 155. *A continuação da extracção.* Quando a bacia do féto já está fóra da vulva da mãi, pega-se nella com ambas as mãos de sorte que os polegares fiquem estendidos sobre o osso sacro, os indicadores sobre as flexuras inguinaes, e os outros dedos nas coxas. Deste modo se prosegue na extracção no sentido do eixo da bacia.

Fig. 156. *O modo de afroxar o cordão umbilical no acto da extracção do féto.* Logo que o inserimento umbilical do cordão tem franqueado as partes genitaes exteriores, ordinariamente o cordão acha-se mui estirado, e se deve afroxar um

pouco, nunca porém este afroxamento deve ser promovido com o dedo indicador em fórma de gancho, procedimento que prejudica os vasos umbilicaes; pelo contrario, pega-se no cordão com os dedos polegar e indicador da mão que corresponde á parte anterior do féto, e pucha-se com cautela uma pequena ansa, em quanto que a outra mão snstenta o mesmo féto.

Taboa XXXVI.

Fig. 154. A extracção por um só pé.

Fig. 155. A continuação da extracção.

Fig. 156. O modo de afroxar o cordão umbilical.

Tab. XXXVI.

Lith. de M. L. da Cie R. N. dos Mtes N.o 12 Lx.a

Taboa XXXVII.

O procedimento para desembaraçar os braços e a cabeça do féto depois da versão sobre os pés.

Quando a extracção do féto tiver sido effeituada até ás espadoas, deve-se então proceder a desembaraçar os braços e a cabeça. E' preciso lembrar, que quasi em todos os casos jámais podemos deixar de proceder a estes dois ultimos actos; ainda mesmo quando o féto não tenha sido extrahido, mas sim expulsado pelos esforços da natureza para fóra da vulva até ás espadoas, porque qualquer pequena demora na sahida dellas e da cabeça póde causar a morte ao mesmo féto.

Fig. 157. *A maneira de desembaraçar os braços.* Sempre o braço, que inferiormente está collocado, é que deve primeiro desembaraçar-se. Com uma das mãos sustenta-se o tronco do féto que está livre, e introduz-se os dedos indicador e mediano da mão que corresponde ao braço, que se deve desembaraçar, sobre a espadoa correspondente, e os faz subir até á flexura do cotovelo; empurra o braço com suavidade para o lado do rosto, e conduz depois o cotovelo sobre o perineo para fóra da vulva, applicando tambem no fim o dedo polegar ao braço. Deve-se ter todo o cuidado em se não agarrar o osso humero pela sua parte media, do que ordinariamente resulta a fractura do braço.

Fig. 158. *O movimento rodatorio dado ao féto sobre o seu eixo longitudinal, para desembaraçar o segundo braço.* Antigamente estabelecia-se o preceito de desembaraçar o segundo braço, que está collocado para a parte superior, por baixo

dos ossos pubis, o que não póde ser praticado em muitos casos; além de que perde-se muito tempo e póde causar a morte do féto. Deve-se por tanto preferir conduzir tambem este braço para a parte posterior, pelo movimento rodatorio do féto sobre o seu eixo longitudinal, e desembaraça-lo. Como porém a rodação só teria em resultado voltar o corpo infantil, e o braço se conservaria fixado na parte superior, e posto na nuca; deve-se por isso pegar no féto pelo thórax com ambas as mãos, de modo que os dedos polegares fiquem postos nas espadoas, puxando então, sem violencia, o corpo dentro da bacia para a parte superior, voltando-o e attrahindo-o suavemente para o lado. Repete-se esta manobra algumas vezes até ter descido o braço para a parte posterior, o qual em fim se deve desembaraçar do mesmo modo como o primeiro braço (Fig. 157).

Fig. 159. *O modo de desembaraçar a cabeça.* Introduzem-se os dois dedos indicador e mediano pela parte inferior na vagina até os collocar nos lados do nariz sobre a mandibula superior, sustentando ao mesmo tempo com o ante-braço o féto; os mesmos dois dedos da outra mão penetram na vagina por baixo da symphysis pubiana para carregar sobre o occiput, e fazendo juntamente, com ambas as mãos, elevar e deprimir a cabeça até a desembaraçar sobre o perineo. Quando se offerecer algum obstaculo, não se deve hesitar em applicar o forceps.

Taboa XXXVII.

Fig. 157. A maneira de desembaraçar o primeiro braço.

Fig. 158. O movimento rodatorio dado ao féto sobre o seu eixo longitudinal, para desembaraçar o segundo braço.

Fig. 159. O modo de desembaraçar a cabeça depois da versão.

Fig. 157.

Fig. 158.

Fig. 159.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.res N.o 12 L.o

Taboa XXXVIII.

O forceps obstetricio, e a applicação da hastea macha.

O uso do forceps é o mais frequente, importante e vantajoso soccorro no parto anormal, porque ordinariamente não prejudica a saude da mãi, e nos mais frequentes casos conserva a vida ao féto; com tudo para obter este resultado, não sómente o forceps deve ter uma construcção apropriada ao seu fim, mas tambem a operação deve sér praticada com todo o cuidado e cingir-se ás regras que cada caso requer, e que a experiencia tem ensinado, depois das mais attentas observações dos tempos modernos. O grande forceps ordinariamente se deve applicar á cabeça do féto; do pequeno forcsps sómente se deve usar nas apresentações cephalicas que não offerecem difficuldades na sahida da bacia, e no parto artificial nas apresentações pelas nadegas. Por isso trataremos sómente do grande forceps, visto que com elle se terminam, tanto os mais difficeis, como os mais faceis partos.

Fig. 160. *O grande forceps visto de lado.* A hastea macha representa estar collocada sobre uma superficie horisontal, e vista pelo lado. De quinze polegadas de extensão que tem o forceps, dez pertencem á sua porção recta começada na extremidade do cabo, e cinco á sua porção pelvica consideravelmente curvada para a parte superior, de modo que esta curvadura (*a. b.*) tem tres polegadas e meia. Esta curvadura torna-se indispensavel para com o instrumento apprehender, por a sua mais extensa convexidade, a cabeça do féto encunhada na entrada da bacia, ficando em igual distancia do

promontorio do osso sacro e da symphysis pubiana; do que depende a fixa e segura applicação do forceps á cabeça. Construido o instrumento desta maneira, escusa então a curvadura perineal, recommendada por alguns, assim como o forceps com uma colher maior e outra menor, destinado para algumas apresentações cephalicas particulares. Tudo quanto o forceps deve prestar em casos dificultosos de encunhamento, póde ser effectuado, tendo a indicada curvadura pelvica. As fendas do forceps tem um mediano comprimento, cuja extensão corresponde exactamente á parte da cabeça que apprehende; as margens e superficie interna das colheres são ligeiramente polidas e concavas, sem asperidades, as quaes, além de não fixarem mais a cabeça, prejudicam os tegumentos. A chanfradura tem uma construcção similhante á dos forceps inglezes; porém tem na hastea macha (*c.*) um grosso espigão rebatido, que encaixa na brecha da hastea femea (*d.*) na occasião de fechar o forceps. Esta brecha tem uma ligeira amolgadura por meio da qual facilmente se fecha e segura a chanfradura.

Fig. 161. *O forceps grande, visto pela parte superior.* O forceps está collocado em uma superficie horisontal, e visto pela parte superior. O seu comprimento, desde a extremidade dos cabos, até ao fim das colheres, é de quinze polegadas (*a. b.*), repartidas de modo, que do fim das colheres até á chanfradura (*a. g.*) tem oito polegadas, e desde a chanfradura até á extremidade dos cabos (*g. b.*) tem sete polegadas de extensão. Pelo que a chanfradura e a sobreposição das basteas estão um pouco abaixo do meio do comprimento total do instrumento, e se evita nas tracções a demasiada compressão da cabeça. A curvadura cephalica das duas colheres é sufficientemente larga para poder abranger a cabeça com segurança sem demasiadamente a comprimir; a maior curvadura cephalica (*c. d.*), distante pouco mais de tres polegadas do fim das

colheres, tem duas polegadas e tres quartos ; o fim das colheres (*e. f.*) tem uma separação de seis linhas. Os cabos tem cada um sua elevação em fórma de gancho (*h.*), ligeiramente escavada, para a segura e fixa applicação da mão do Parteiro, as quaes não devem estar muito aproximadas á chanfradura, porém sim duas polegadas pouco mais ou menos (*g. h.*) distantes della, porque sendo postas de outra maneira o instrumento se abriria, quando na sahida da cabeça sómente uma mão o segura. O cabo (*h. b.*) tem cinco polegadas de comprimento, e não deve ter maior extensão, para não comprimir demasiadamente a cabeça. As elevações dos cabos, com a fórma de gancho, (*h.*) são muito vantajosas, principalmente no caso que, applicado o forceps as colheres escorregassem, para poder fechar o instrumento.

Fig. 162. *A applicação da hastea macha, ou primeira.* A hastea macha, destinada para o lado esquerdo da mãi, é que, em todos os casos ordinarios, se deve introduzir primeiro. Os dedos indicador e mediano da mão direita, untados com uma substancia gordurenta, introduzem-se dentro da vagina, pelo lado esquerdo da mãi, até as suas pontas ficarem postas sobre a cabeça do féto. A mão esquerda pega em toda a extensão do cabo da hastea, antecipadamente aquecida, e untada com uma substancia oleosa, ficando o dedo polex no seu lado interno. Desta maneira conduz-se a hastea da parte superior e direita, por diante das partes genitaes, pondo a extremidade da colher na face palmar dos dois dedos da mão direita, que servem para guiar o instrumento, em quanto o polex da mesma mão sustenta a hastea pela margem inferior da fenda. Traz-se depois a hastea debaixo da direcção dos dedos, agilmente e com circumspecção, pela parte superior e ao lado da cabeça do féto, abaixa ao mesmo tempo a mão esquerda o cabo de vagar para a coxa direita, e quando se acha em uma direcção horisontal, dirige-se para entre as duas coxas,

puxando-o ainda um pouco mais para a parte inferior, de modo que por fim o cabo fique dirigido obliquamente para baixo. Depois deste procedimento a mão esquerda ensaia uma ligeira tracção com a hastea, para se certificar se a colher está bem locada, e retira então a mão direita da vulva, pega com ella no cabo da hastea, para ficar livre a mão esquerda, de quem os dedos se introduzem na vagina ao lado direito da cabeça do féto, para guiar a segunda hastea.

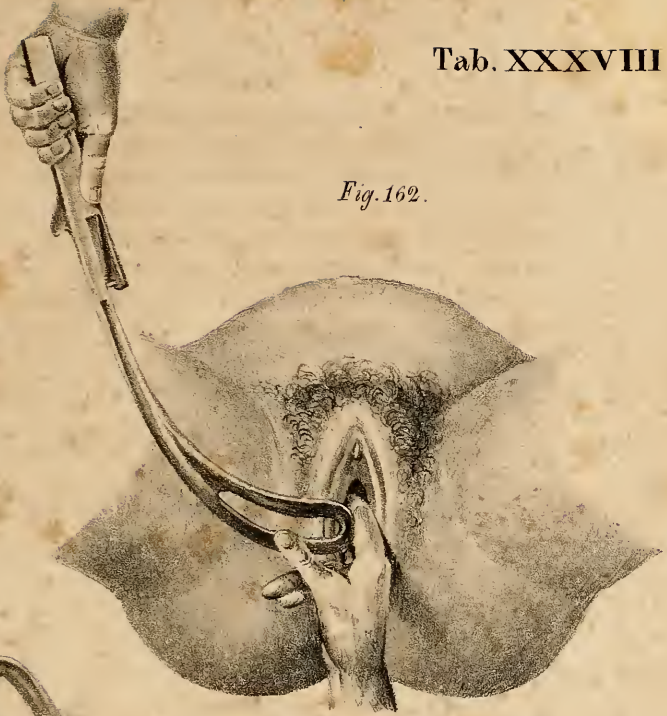
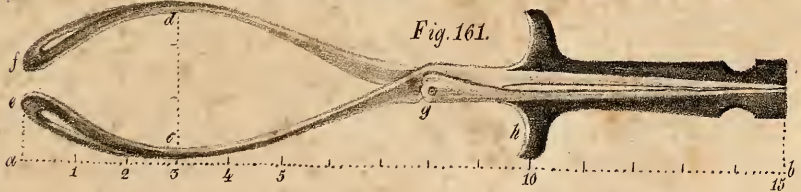
Taboa XXXVIII.

Fig. 160. O grande forceps visto de lado.

Fig. 161. O grande forceps visto pela parte superior.

Fig. 162. A applicação da primeira hastea.

Tab. XXXVIII

Lith. de M. L. da C.ta R. N dos M.tes N.º 12 Lx.a

Taboa XXXIX.

A applicação da segunda hastea, ou hastea macha, e o modo de aproximar as chanfraduras para fechar o forceps.

Fig. 163. *A applicação da segunda hastea ou hastea femea.* Introduzem-se os dois dedos, indicador e mediano, da mão esquerda dentro da vagina, até alcançarem a cabeça do féto, ao mesmo tempo que o annular e minimo amparam a primeira hastea, ou se manda segurar por um ajudante de confiança. Pega-se com a mão direita na segunda hastea, ficando o dedo polex estendido pela parte interna do cabo, dirige-se da parte superior e esquerda a extremidade da colher para as partes genitaes externas, para a apoiar na face palmar dos dedos que a devem guiar, e o dedo polegar desta mesma mão sustenta a margem inferior da fenda. Debaixo da direcção dos dedos, a segunda hastea penetra no lado direito da bacia da mãi, pela parte lateral da cabeça do féto, ao mesmo tempo que o cabo desce para a coxa esquerda da parturiente, até se collocar entre ambas as coxas.

Fig. 164. *O modo de fazer o encaixe das chanfraduras das hasteas.* Depois de se terem applicado as duas hasteas do forceps pela maneira indicada (Fig. 162 e 163), repete-se a moderada tracção de ensaio, para se verificar se as colheres estão bem collocadas na cabeça, e se arredam os cabellos, que estão proximos á vulva, para a parte superior. Cada mão segura a sua hastea para fazer o encaixe das chanfraduras, fazendo

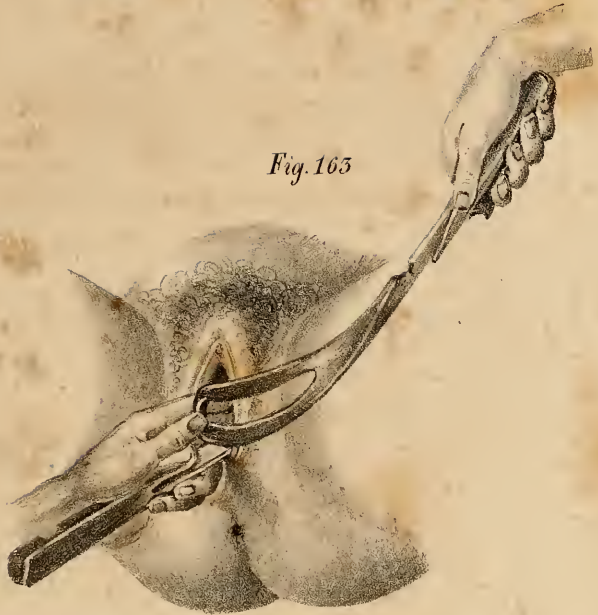
abaixar vagarosamente os cabos. O abaixamento dos cabos na occasião de fazer o encaixe das chanfraduras é indispensavel, para a cabeça ficar bem apprehendida e segura; se não observarmos esta regra, levantando os cabos nesta occasião, as colheres do forceps se transviam para a parede posterior da bacia. Para mais facilmente fechar o forceps, é conveniente untar, com uma substancia gordurenta, as chanfraduras das hasteas, particularmente a brexa da hastea femea.

Taboa XXXIX.

Fig 163. A applicação da segunda hastea.

Fig. 164. O modo de fazer o encaixe das chanfraduras das hasteas para fechar o forceps.

Tab. XXXIX.

Lith. de M. L. da Cta R. V. das Mtes No 12 Lxa

Taboa XL.

O transvio das colheres das hasteas, e o ensaio de tracção.

Fig. 165. *O transvio das colheres, quando se intenta fazer o encaixe das hasteas.* Quando as colheres do forceps se acham bem collocadas, acontece ás vezes transviarem-se, isto é, dirigirem-se para a parte posterior para as symphysis sacro-iliacas, os gauchos dos cabos voltarem-se para a parte superior, e o encaixe das chanfraduras das hasteas torna-se impraticavel. Este acontecimento, que não é raro, ordinariamente é causado pela posição obliqua da cabeça na bacia, quando a sutura sagital ainda não occupa o diametro antero-posterior. Ha casos em que sómente uma colher se transvia, e outros em que se transviam ambas; tambem a difficuldade de se fazer o encaixe das chanfraduras das hasteas é ás vezes mui grande, em quanto que outras vezes facilmente se obtem. Para se conseguir este fim, põem-se os dois dedos polegares sobre os ganchos dos cabos, e abaixando estes para as chanfraduras se aproximarem, carrega-se com os mesmos polegares nos ganchos virando-os para o lado e assim se effectua o encaixe das chanfraduras. Quando o obstaculo é excessivo, precisa empregar-se, ás vezes bastante força.

Fig. 166. *O ensaio de tracção.* Quando o forceps se acha unido pelo encaixe das chanfraduras das suas hasteas, ensaia-se uma tracção, não só para ver se as colheres estão bem collocadas sobre a cabeça do féto, mas tambem para abaixar as mesmas colheres no caso de se acharem demasiadamente elevadas, e pol-as em uma conveniente situação. A mão direita

apprehende os cabos, pondo os dedos indicador e mediano curvados sobre os ganchos, e os outros dedos aos lados; os dedos indicador e mediano da mão esquerda penetram na vagina até alcançarem a cabeça do féto, e puxa-se então suavemente o forceps na direcção em que se acha. O ensaio de tracção deve sempre ser feito antes de se praticarem as verdadeiras tracções.

Taboa XL.

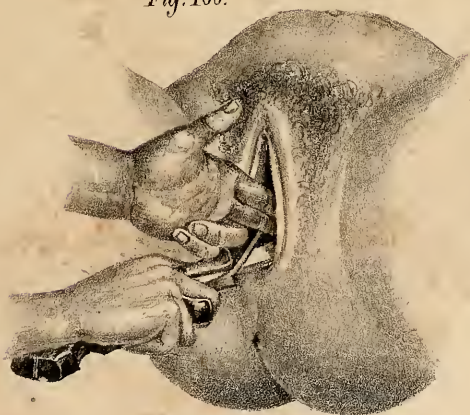
Fig. 165. O transvio das colheres das hasteas na applicação do forceps.

Fig. 166. O ensaio de tracção depois de estar applicado o forceps.

Tab. XL.

Fig. 165

Fig. 166.

Lith. de M. L. da Cta R. N. dos Mrs Nº 12 Lxª

Taboa XLI.

A extracção da cabeça do féto com o forceps, na primeira e segunda posição da apresentação pelo vertice.

A extracção da cabeça do féto com o forceps, feita com os preceitos da arte, é de grande importancia quer para a mãi, quer para o filho. Seu essencial objecto é, não sómente puxar a cabeça para fóra das partes genitaes, mas particularmente praticar a extracção sem prejudicar a nenhum delles. Além de se dever empregar a necessaria força em cada caso, tornase essencial dar uma conveniente direcção ás tracções, que são differentes nas variadas posições da cabeça. Nos mais frequentes casos applica-se o forceps á cabeça do féto achandose esta na primeira e segunda posição, na apresentação pelo vertice; sendo estas duas posições as mais frequentes de todas as apresentações cephalicas, é por este motivo que representamos primeiro a operação da applicação do forceps nestas posições. Quando a cabeça está ainda alta na bacia, o forceps tem uma direcção obliqua para a parte inferior, primeira posição; collocada a cabeça na cavidade da bacia, o forceps está em uma direcção horisontal, segunda posição; e

quando a cabeça sahe para fóra das partes genitaes externas, o forceps está elevado para a parte superior, terceira posição. Segundo estas differentes situações da cabeça e da direcção do forceps, causadas pelas primeiras, devem-se fazer tambem as tracções em certas e determinadas direcções.

Fig. 167. *As tracções na primeira posição.* A cabeça do féto está posta no estreito superior da bacia, e o forceps dirigido obliquamente para a parte inferior. A mão direita pega nos cabos por cima dos ganchos, a mão esquerda pela parte inferior, e comprime os cabos quanto é necessario para o forceps não escorregar. Fazem-se então movimentos rodatorios com os cabos, dirigidos, na primeira posição do vertice, da esquerda para a direita, e na segunda posição, da direita para a esquerda. Depois de se terem feito seis até doze rodações, faz-se uma pausa, e examina-se se a cabeça obedeceu á tracção. Esta direcção do forceps, na primeira posição, continua até a cabeça ter descido para a escavação da bacia, e o forceps ter feito, por si mesmo, o transito para a posição horisontal.

Fig. 168. *As tracções na segunda posição.* Depois da cabeça ter descido para a escavação da bacia, e o forceps ter tomado a posição horisontal, continuam-se as tracções nesta mesma direcção até se vir estabelecer o occiput por baixo da arcada pubiana, e ter-se elevado o perineo.

Fig. 169. *As tracções na terceira posição.* Quando o occiput está posto por baixo da arcada pubiana, e o perineo elevado pela cabeça do féto, dirige-se o forceps para a parte superior, attrahindo sempre, até o instrumento ficar posto perpendicularmente por diante das partes genitaes. A mão esquerda tem já no principio desta posição deixado o cabo do forceps, locando-a no perineo para sustenta-lo, o que é preferivel a manda-lo sustentar por outra pessoa. As tracções fazem-se com moderada força, exercendo pequenas rodações,

de modo que antes o perineo, muito distendido, recue por si mesmo sobre a cabeça, do que esta seja puxada. Quanto mais vagarosamente e com cuidado se pratica esta ultima parte da operação, tanto mais se póde contar o conservar o perineo illeso.

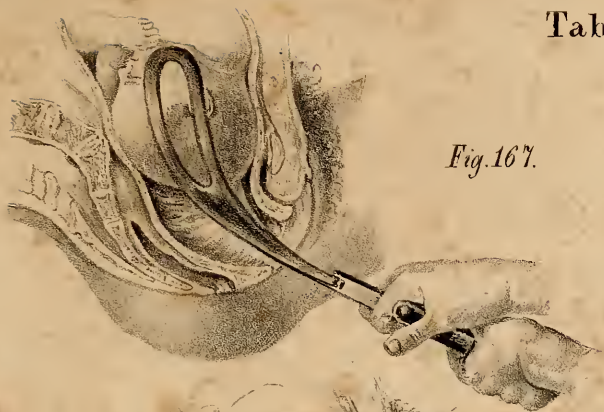
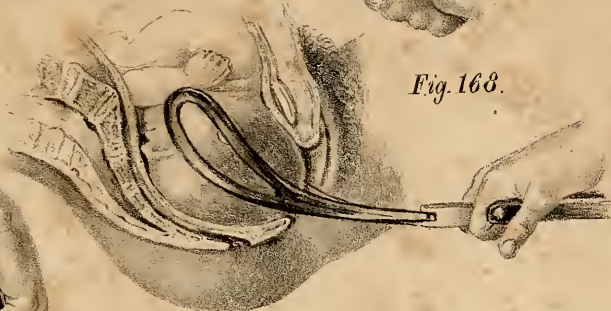
Taboa XLI.

Fig. 167. As tracções na primeira posição do forceps.

Fig. 168. As tracções na segunda posição do forceps.

Fig. 169. As tracções na terceira posição do forceps.

Tab. XLI

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tos N.o 12 Lx.a

Taboa XLII.

A extracção da cabeça do féto com o forceps na terceira e na quarta posição na apresentação pelo vertice.

No encunhamento da cabeça, na terceira e quarta posição na apresentação pelo vertice, com a fronte voltada para os ossos pubis, e o occiput para o osso sacro, costumava-se antigamente fazer as tracções sómente na primeira e segunda posição, cujo procedimento muitas vezes causou o rompimento do perineo. E' preferivel, nesta posição da cabeça, fazer as tracções de modo que ella saia da mesma maneira para fóra das partes genitaes externas, como é expulsada nos casos em que o parto é effectuado pelos esforços naturaes. Portanto o melhor procedimento é fazer as tracções na primeira posição, insistir nellas até o occiput fazer elevar o perineo, mudar então para a terceira posição, puxar o occiput sobre o perineo, e por fim abaixar o instrumento pondo-o na segunda posição para effectuar a sahida da fronte e do rosto por baixo da arcada pubiana.

Fig. 170. *As tracções na primeira posição estando a fronte voltada para a parte anterior.* Fazem-se as tracções, dirigindo obliquamente os cabos do forceps para a parte inferior, até o occiput fazer elevar o perineo.

Fig. 171. *As tracções na terceira posição para desembaraçar o occiput sobre o perineo.* Em quanto com a mão esquerda attentamente é sustentado o perineo, com a mão direita le-

vanta-se o instrumento na terceira posição, desembaraçando vagarosamente e com cuidado o occiput sobre o perineo, que se acha então muito distendido. A fronte e o rosto ficam ainda permanecendo por detraz da symphysis pubiana.

Fig. 172. *As tracções na segunda posição para desembaraçar a fronte e o rosto por baixo da arcada pubiana.* Qando o occiput tem, na terceira posição do instrumento, franqueado completamente o perineo, e este tem recuado até á parte posterior da cabeça, o Parteiro abaixa o cabo do forceps, pondo-o na segunda posição para poder effectuar a sahida da fronte e da face por baixo da arcada pubiana. Raras vezes é necessario fazer tracções continuadas nesta posição; ordinariamente a cabeça sahe por baixo da arcada pubiana abaixando o cabo do forceps. Ainda que a mão que sustenta o perineo não seja mais necessaria, deve-se com tudo aí conservar para amparar a cabeça quando estiver de fóra.

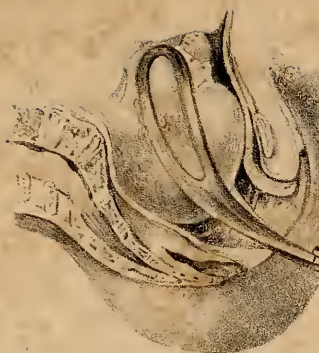
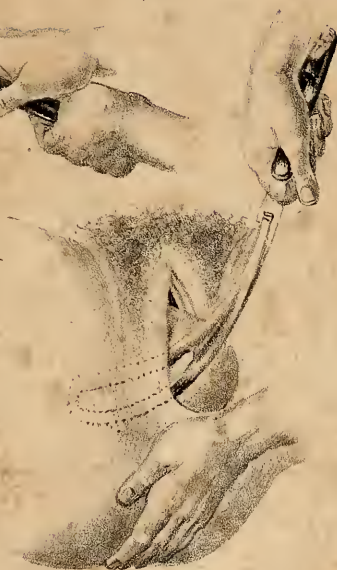
Taboa XLII.

Fig. 170. As tracções na primeira posição do forceps na terceira e quarta posição pelo vertice.

Fig. 171. As tracções na terceira posição do forceps na mesma posição pelo vertice.

Fig. 172. As tracções na segunda posição do forceps na mesma posição pelo vertice.

Tab. XLII

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 Lx.a

Taboa XLIII.

A applicação do forceps na primeira e segunda posição da apresentação pela face.

Quando na apresentação pela face é indicado terminar o parto com o forceps, a sua applicação póde ser reclamada, ou por um encunhamento, ou por um estado pathologico, que torna necessario accelerar a terminação. Como porém a applicação do forceps é sempre mais difficil nas apresentações da face, que nas apresentações ordinarias pelo vertice, e esta difficuldade differe tambem, segundo que existe a primeira e segunda, ou a terceira e quarta posição do rosto, tudo fica dependente da exacta distincção desta disposição. E' menor difficuldade operar com o forceps, sendo com tudo as circumstancias iguaes, na primeira e segunda posição da apresentação pela face, e por isso póde-se nestas, com successo e com a conservação da vida do féto, applicar o forceps, quando o parto se tiver demorado tanto, que a sua vida corra risco, ou quando, por qualquer accidente se deva accelerar. Quando porém o féto se acha na terceira ou quarta posição da apresentação da face, não se deve applicar o forceps antes destas posições se terem mudado para a segunda ou primeira posição do rosto. Sómente em perigosas circumstancias da parturiente é que póde haver a indicação de applicar o forceps na terceira e quarta posição da apresentação da face. Antigamente praticou-se, em todas as posições desta apresentação as tracções na primeira e segunda posição do forceps com grande

prejuizo para o perineo; procedimento que só deve ter logar na terceira e quarta posição da apresentação pela face. Na primeira e segunda posição desta apresentação pela contrario traz-se a cabeça na primeira posição do forceps, até ás partes genitaes externas, e se muda immediatamente logo para a terceira posição do forceps, para fazer sahir a cabeça sobre o perineo, o qual por este procedimento fica illeso.

Fig. 173. *A primeira posição do forceps na primeira e segunda posição da apresentação do rosto.* O forceps foi applicado segundo as regras, a cabeça acha-se ainda na cavidade da bacia, e as tracções continuam-se na primeira posição em direcção obliqua para baixo até a fronte ter estentido o perineo.

Fig. 174. *A terceira posição do forceps na primeira e segunda posição da apresentação do rosto.* Logo que a ponta da barba e a boca do féto estão viziveis na vulva, e o perineo se acha distendido pela testa, muda-se vagarosamente a primeira posição do forceps para a terceira e desembaraça-se lentamente a cabeça sobre o perineo cuidadosamente sustentado.

Taboa XLIII.

Fig. 173. A primeira posição do forceps na primeira e segunda posição da apresentação da face.

Fig. 174. A terceira posição do forceps na primeira e segunda posição da apresentação da face.

Tab. XLIII.

Fig. 173.

Fig. 174

Taboa XLIV.

A applicação do forceps na terceira e quarta posição da apresentação pela face; a applicação aos quadriz na apresentação das nadegas, e a applicação á cabeça do féto depois de ter sahido o tronco.

Fig. 175. *As tracções permanentes com o forceps na terceira e quarta posição da apresentação pela face.* Deve evitar-se, quanto for possivel, como na antecedente Taboa foi dito, a applicação do forceps na terceira e quarta posição da apresentação pela face, e quando podér ser, esperar a mudança destas posições para a primeira e segunda. Nesta operação ordinariamente sempre é compromettida a vida do féto. A indicação de applicar o forceps neste caso, para salvar a vida do féto não tem logar, mas deve restringir-se aos dois seguintes: 1.° quando na terceira e quarta posição da apresentação da face a cabeça está muito descida na escavação da bacia, sem esperança da posição melhorar, e que graves e perigosos accidentes desenvolvidos na măi reclamam a acceleração do parto; e 2.° quando outro Parteiro tem já feito tentativas infructuosas com o forceps, e o estado da parturiente urge a terminação do parto. Portanto a indicação de applicar o forceps, neste caso, restringe-se só aos accidentes relativos á măi, porque não se conta salvar a vida ao féto.

Antigamente applicava-se tambem neste caso o forceps,

na primeira e segunda posição, e não obstante não termos nada a dizer contra esta direcção das tracções, com tudo ordinariamente a testa se fixa com tanta força contra os ossos pubis, que não é possivel terminar o parto por este modo. As tracções permanentes são, por este motivo, indicadas neste caso, porque com ellas o impedimento se remove. Podem-se tambem, em outras apresentações cephalicas, praticar com bastante utilidade, principalmente quando houver uma diminuta restricção rachitica de bacia, para trazer a cabeça para o eixo della. As tracções permanentes praticam-se da seguinte maneira. Depois de se ter posto o forceps na primeira posição e praticada a tracção de ensaio, põe-se transversalmente a mão direita sobre o cabo proximo á chanfradura, a mão esquerda pega na extremidade inferior; fazem-se então movimentos rodatorios puxando com a mão esquerda a sua extremidade. Devem-se praticar estas tracções com augmento da força applicada, e no maior numero dos casos o parto se termina por este procedimento, franqueando a cabeça a arcada pubiana; depois as tracções ordinarias na segunda posição do forceps effectuam completamente a sahida da cabeça. No caso porém da cabeça se conservar fixa no mesmo logar, não obstante estas tracções permanentes e exercidas com bastante força, então o parto se deve terminar pela excerebração.

Fig. 176. *A extracção das nadegas com o forceps.* Quando as nadegas estiverem encunhadas na bacia e devam artificialmente ser extrahidas, faz-se primeiro um ensaio com a mão para se desembaraçarem, como se acha representado na Taboa XXXII, fig. 141 e 142. Depois de inutilmente se ter feito este ensaio, e havendo a urgente indicação de extrahir o féto, applica-se o forcepes. Deve-se porém notar que neste caso se não deve esperar bom resultado da applicação do forceps, porque escorrega com mais facilidade do que quando se applica á cabeça. O forceps pequeno é preferivel, porque sendo

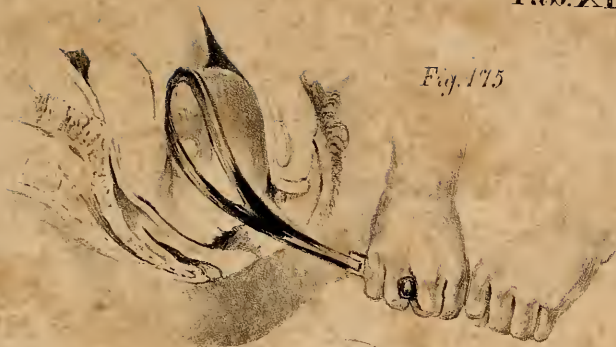
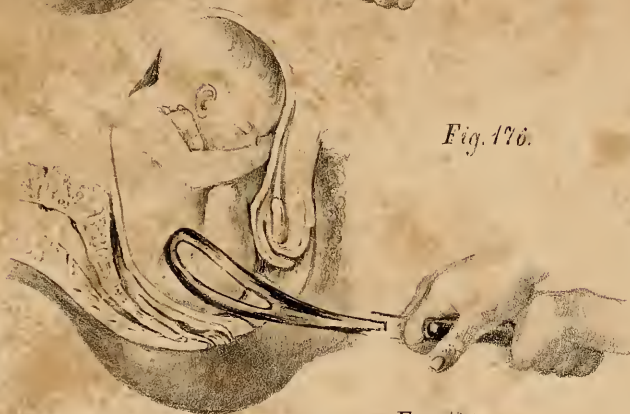
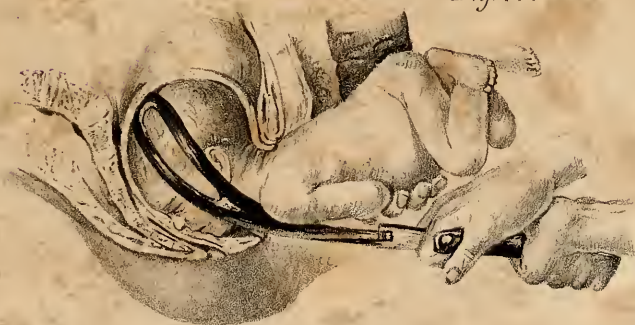
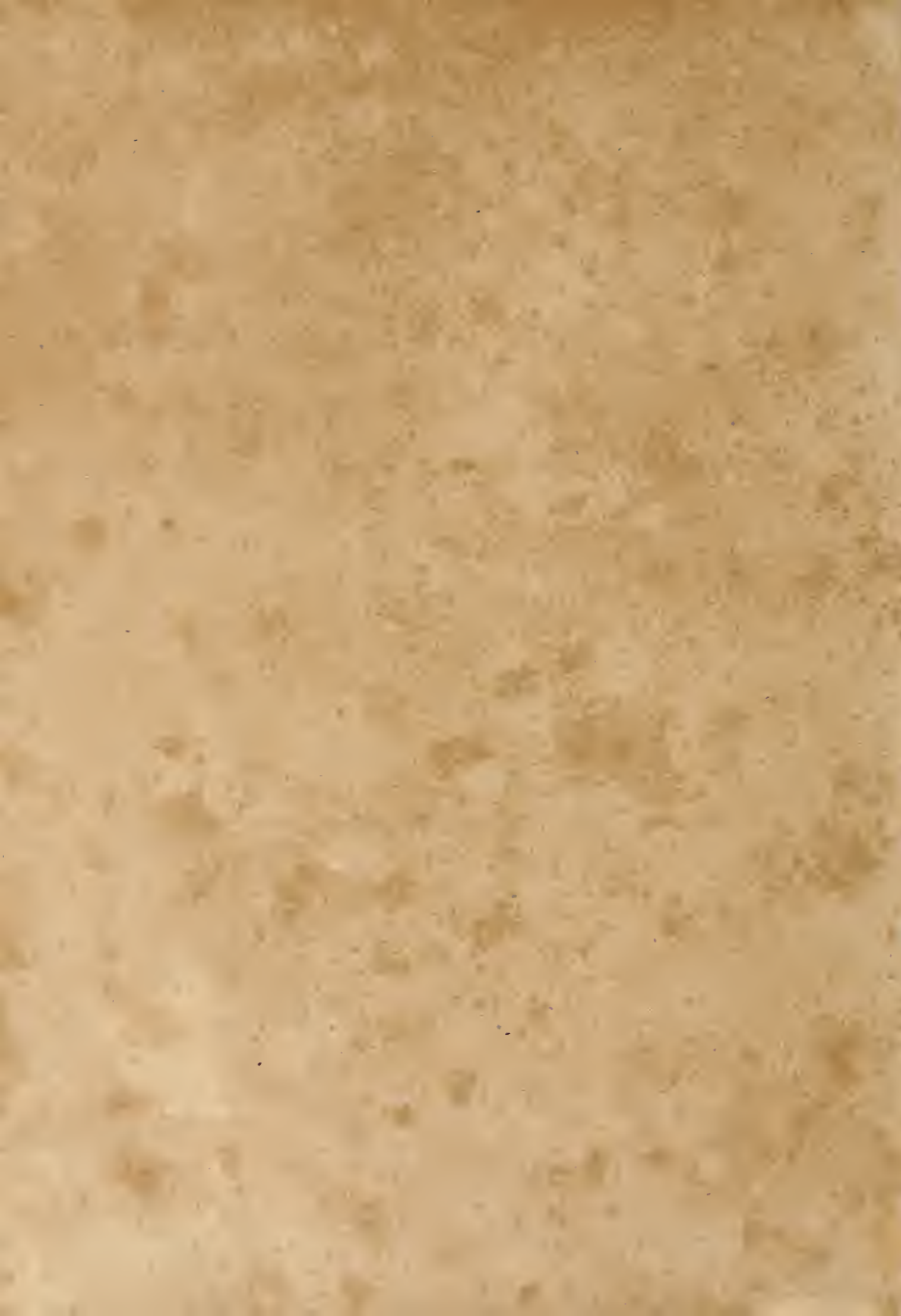
a sua curvadura pelvica menor que a do grande, deve apprehender melhor os quadriz do féto. As colheres devem-se applicar aos quadriz o mais alto possivel. Para representar esta applicação do forceps, preferimos a terceira posição da apresentação das nadegas. Depois de ter apprehendido com o pequeno forceps os quadriz, fazem-se, attrahindo suavemente e comprimindo os cabos do instrumento com moderação, rodações acauteladas, que servem mais para elevar os quadriz do que para os extrahir; porque fazendo tracções fortes o instrumento escorrega. A direcção do forceps é no principio na primeira posição, e muda-se depois para a segunda, na qual os quadriz devem sahir; não se deve passar para a terceira posição porque accelera o escorregamento das colheres.

Fig. 177. *A applicação do forceps á cabeça do féto depois de ter sahido o tronco.* Tendo ensinado a experiencia que depois da versão sobre os pés, ou depois da apresentação pela pelve, uma pequena demora da sahida da cabeça tem causado a morte do féto em consequencia da pressão que soffre o cordão umbilical, que pelo contrario a accelaração da sahida da cabeça pelo forceps tem, no maior numero de casos, conservado a vida ao féto, deve-se recommendar, com a maior instancia, a applicação do forceps para terminar o parto, logo que a sahida da cabeça se demora. Neste caso sempre se applica o grande forceps, mesmo nos casos em que a cabeça já se acha muito descida, porque a sua consideravel curvadura pelvica dá a certeza de poder apprehender a cabeça do féto por baixo do seu tronco sem receio de escorregar o instrumento. Um ajudante eleva o tronco do féto e por baixo delle se applica o forceps, e a extracção se effectua na sua primeira, segunda e terceira posição, como na primeira e segunda posição da apresentação pelo vertice. Tambem quando o rosto do féto está dirigido para os ossos pubis sempre o forceps se applica por baixo do tronco do féto.

Taboa XLIV.

Fig. 175. As tracções permanentes na terceira e quarta posição da apresentação da face.

Fig. 176. A extracção das nadegas com o forceps.

Fig. 177. A applicação do forceps á cabeça do féto depois de ter sahido o tronco.

Tab. XLIV.
Fig. 175
Fig. 176.
Fig. 177

Taboa XLV.

A perforação, o perfora-craneo, a pinsa dentada e o arpeo.

A perforação do craneo do féto é a mais antiga operação obstetrica e tem por fim abrir o craneo, evacuar o cerebro e dar sahida ao féto a travez de uma bacia restringida. Adoptaram-se para isso tres differentes perfora-craneos, um com a fórma de punhal ou faca, outro com a fórma de tesoura, e outro com a fórma de trepano, dos quaes o que tem a fórma de tesoura é que está em uso, e com o qual sempre com certeza se póde abrir o craneo.

Fig. 178. *A perforação na apresentação cephalica do féto.* O logar sobre que o perforador se implanta é, sendo possivel, na grande fontanella; porém não podendo facilmente alcança-la, póde implantar-se em outra ou mesmo em uma sutura. Na applicação do perforador é sempre necessario conduzi-lo cuidadosamente com os dedos de uma das mãos. Dois dedos, e quando a situação da cabeça é alta, quatro se introduzem na vagina até á grande fontanella, onde permanecerão; a outra mão pega no cabo do perforador, conduz a ponta do instrumento, debaixo da direcção dos dedos que estão postos na grande fontanella, e a crava nella com cautela; abre-se depois a travessinha inferior dos cabos para os comprimir lentamente, de modo que as laminas cortantes pelo exterior se affastem, e dilatem a abertura do craneo. Vira-se depois o instrumento no sentido do seu eixo longitudinal, faz-se uma segunda dilatação para dar á ferida uma figura crucial e leva-se mais profundamente o instrumento na cavidade do craneo, para des-

truir as adherencias do cerebro por meio de movimentos rodatorios, para mais facilmente se poder extrahir. Effectua-se depois a extracção da cabeça perforada, nos casos faceis com a mão, e nos difficeis com o arpeo e a pinsa dentada. (Compare-se a Tab. XLVI).

Fig. 179. *A perforação da cabeça, depois de ter sahido o tronco do féto.* Quando, depois do parto pelos pés, ou depois da versão pelos mesmos pés, o tronco se acha fóra das partes genitaes externas até ao pescoço, porém a cabeça fica retida na bacia por causa da sua restricção, não obstante ter-se-lhe inutilmente applicado o forceps, a excerebração é então indicada. Em quanto um ajudante sustenta o tronco do féto, arredando-o um pouco para o lado, conduz-se o perforatorio debaixo da direcção de alguns dedos, para uma das fontanellas posteriores lateraes, implanta-se nella e se dilata a ferida pela compressão dos cabos do instrumento. A extracção, neste caso, se faz com maior segurança, do que quando a cabeça se apresenta primeiro, pela introducção do dedo ou do arpeo obtuso dentro da ferida, por offerecer o craneo um apoio fixo.

Fig. 180. *O perfora-craneo.* O perfora-craneo de que me sirvo ha muitos annos é a tesoura de Smellie de laminas cortantes pelo exterior, e curvadas sobre uma de suas superficies. As suas hasteas não se cruzam, porém são feitas de modo que, pela compressão dos cabos, as pontas cortantes se affastam, e para maior segurança existe entre as hasteas uma travessinha na extremidade inferior, a qual se abre quando o apice do instrumento está implantado no craneo. Segundo as minhas observações, a perforação praticada com este instrumento é mui facil, e para se obter os fins desta operação não era necessario intentar novas descobertas. Sendo porém a extracção do féto ordinariamente mui difficultosa, pela razão de ficar intacta a base do craneo, tenho ultimamente preferido a cephalotripsia á perforação. (Compare-se a Tab. XLVII).

Fig. 181. *A pinsa dentada.* Quer depois da perforação, quer ás vezes na operação da embryotomia, em certos casos torna-se necessario uma pinsa para quebrar os ossos, a qual deve ser dentada no seu interior. Para este fim o instrumento, proposto por Boer, representado na presente Estampa é mui conveniente.

Fig. 182. *O arpeo.* Precisa-se na perforação e na embryotomia, ás vezes, um arpeo agudo e obtuso, os quaes uní em um só instrumento, de modo que na applicação do arpeo obtuso, o arpeo agudo serve de cabo, *et vice versa*, na applicação do agudo, o obtuso serve de cabo.

Taboa XLV.

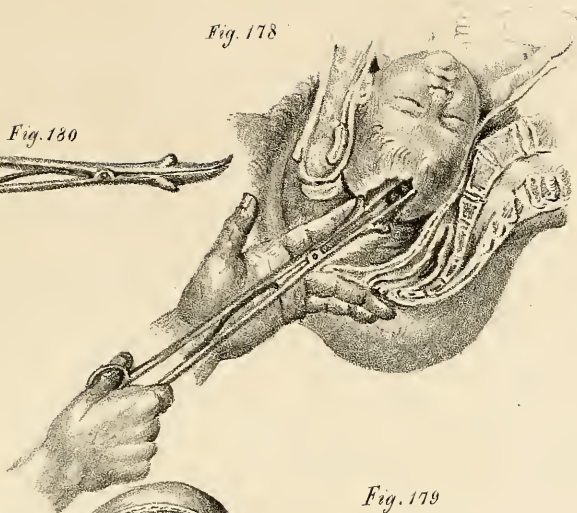
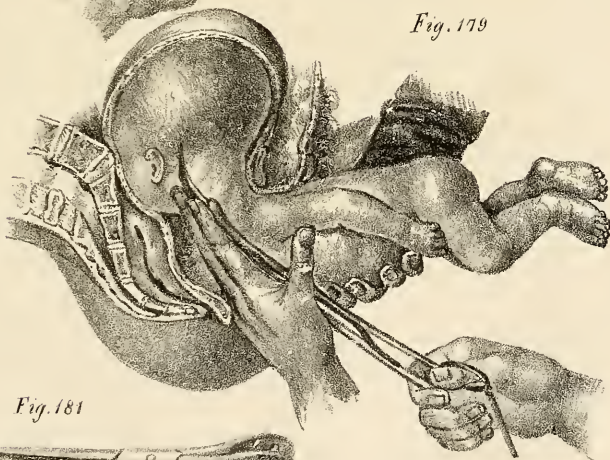
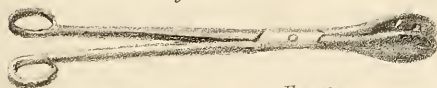
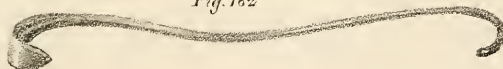
Fig. 178. A perforação na apresentação da cabeça do féto.

Fig. 179. A perforação depois da sahida do tronco do féto.

Fig. 180. O perfora-craneo.

Fig. 181. A pinsa dentada.

Fig. 182. O arpeo.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.º 13 D.x.a

Taboa XLVI.

A applicação da pinsa dentada e do arpeo agudo depois da perforação.

Quando o craneo do féto tem sido aberto pela perforação e evacuado o cerebro, a sua expulsão póde cometter-se ás forças da natureza, no caso de ainda se não ter applicado o forceps, e de não ser indicado o accelerar-se o parto; o que é com tudo raro, pois que no maior numero de casos já se tem feito antes o ensaio de extrahir a cabeça com o forceps, e quando assim não seja, o parto tem-se demorado tanto, antes de se ter procedido á perforação, que a extracção da cabeça, pelos meios da arte, é ordinariamente necessaria. Primeiramente deve-se tentar a extracção da cabeça perforada, por meio da mão, introduzindo dois dedos dentro da abertura do craneo, e ensaiando extrahi-la com elles. Nos casos favoraveis, em que a bacia offerece pouca restricção, este procedimento de extracção póde ter um feliz exito. Não podendo porém ser extrahida a cabeça com a mão, introduz-se o arpeo obtuso dentro do craneo pela abertura, com o qual se podem praticar tracções mais energicas, de maneira que se a restricção da bacia for moderada a extracção da cabeça se effectuará. Quando se offerecer um grande obstaculo, de modo que os ossos apprehendidos pelo arpeo se quebrem com as tracções, outros meios se devem applicar para se extrahir a cabeça. Alguns Parteiros aconselham neste caso applicar o forceps, com o qual porém só nos rarissimos casos e não havendo grandes obstaculos, é que se poderá effeituar

a extracção, por quanto o craneo evacuado, abatendo-se pelas tracções, o forceps necessariamente ha de escorregar. Em taes casos nenhum outro meio resta, para extrahir a cabeça, senão a pinsa dentada e o arpeo agudo; porém como este ultimo só raras vezes e com grande difficuldade se póde conduzir para o logar fixo do buraco occipital, sem se ter antes pelo menos arrancado algumas porções osseas do craneo, deve-se ordinariamente, antes da applicação do arpeo agudo, proceder a isso por meio da pinsa dentada. Entretanto nos casos graves de grande restricção da bacia é difficultoso executar a extracção, mesmo com estes instrumentos, de maneira que se consome muito tempo, faz-se soffrer grandes incommodos á parturiente e mesmo em alguns casos, como é notorio, tem sido impossivel effeitua-la. Por estas razões se tem recorrido modernamente á cephalotripsia, por meio da qual se pratica a trituração e extracção da cabeça de um modo muito mais conveniente.

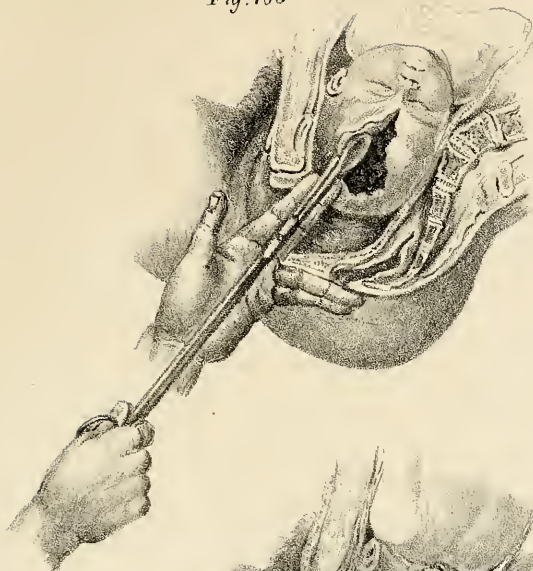
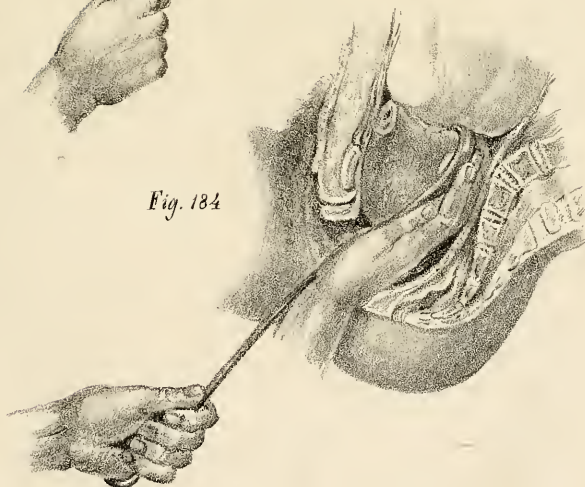
Fig. 183. *A applicação da pinsa dentada.* Depois de inutilmente se ter tentado a extracção da cabeça perforada pela introducção dos dedos na perforação do craneo, e tambem depois de ter escapado o arpeo obtuso fixado nelle, e não podendo ainda introduzir o arpeo agudo no buraco occipital, introduz-se, debaixo da direcção dos dedos, a pinsa dentada, e abrindo-a pega-se com as colheres dentadas do instrumento em uma porção ossea do craneo para a extrahir, virando-a cuidadosamente e conduzindo-a para a face palmar da mão lhe pega com os dedos de modo que cubra todas as pontas e bordas do osso, e depois disso tira-se para fóra juntamente com os dedos. Repete-se este processo até haver bastante espaço para poder penetrar com o arpeo agudo dentro no buraco occipital. E' necessario tirar as porções osseas do craneo por parcellas, cada uma por sua vez e com cuidado para não offender as partes brandas da mãi.

Fig. 184. *A applicação do arpeo agudo para extrahir a cabeça perforada.* Quando, depois da perforação da cabeça, esta se não póde extrahir pelos meios expostos, o ultimo recurso que resta é o arpeo agudo, o qual porém se deve applicar com bastante cautela, pois que escapando, facilmente se fazem consideraveis feridas, que podem dar origem ás fistulas vesico-vaginaes. O arpeo deve ser conduzido, debaixo da direcção dos dedos ou de toda a mão, até ao buraco occipital, onde cautelosamente se crava com a precaução de não voltar o apice do arpeo para a parte anterior, em cujo logar existe a bexiga urinaria, mas sim para o lado da bacia, ou obliquamente para a parte posterior. Fazem-se então, augmentando pouco a pouco a força, movimentos rodatorios até a cabeça descer, a qual neste caso se póde extrahir sem grande difficuldade. Logo que o arpeo afroxa com algum estrepito não se espera que elle escape, e se implanta de novo com mais fixidade. Neste procedimento deve haver todo o cuidado, e antes o Parteiro fira a sua mão do que offenda a paciente.

Taboa XLVI.

Fig. 183. A applicação da pinsa dentada depois da perforação.

Fig. 184. A applicação do arpeo agudo para extrahir a cabeça perforada.

Lith. de M. L. da C.ta B. N. dos M.tes n.º 12 Lx.a

Taboa XLVII.

O cephalotribo e a cephalotripsia.

Posto que o acto da perforação, a abertura da cavidade do craneo, a destruição e evacuação do cerebro pelo perforador, no maior numero dos casos, seja praticavel sem especial difficuldade, com tudo a experiencia tem mostrado, que a extracção da cabeça perforada ordinariamente encontra maiores ou menores obstaculos, e durando mais ou menos tempo; commumente não se póde effeituar sem consideravel excitação das partes brandas da paciente. Em consequencia disto provêm, frequentemente, graves molestias, que lhe compromettem a vida; de modo que o quadro da mortalidade das mulheres, em que tem sido necessario praticar a perforação da cabeça do féto é bastante consideravel. Esta desfavoravel proporção augmenta ainda contando-se os casos, posto que raros, em que as partes genitaes da parturiente são offendidas por escapar o arpeo, e aquelles, ainda mais raras vezes observados, em que, depois de se ter feito a perforação, não se tendo podido effeituar a extracção, a mãi succumbe. Por estas razões a cephalotripsia, que consiste na excerebração e extracção da cabeça do féto de um modo menos prejudical e breve, deve-se considerar como um melhoramento util desta parte da arte obstetricia. A excessiva grandeza e peso do instrumento proposto pela primeira vez por Baudeloque Sobrinho, e as experiencias provam, que raras vezes se podia effeituar com elle a extracção por ordinariamente escorregar, o que tem contribuido para este processo não ter sido no principio apreciado na Allemanha como merece. Não tendo porém o cephalotribo

correcto por mim, estes inconvenientes, e confirmando já uma serie de observações favoraveis a utilidade desta operação, póde ella, com bastante satisfação ser recommendada em logar da perforação, logo que sejam bem observadas as regras para a praticar.

Fig. 185. *O cephalotribo visto pelo lado.* O instrumento conjunctamente com o seu parafuso pesa quatro libras; este peso não deve diminuir para não tirar a força ao instrumento, que afroxaria na elasticidade e escorregaria. Um maior peso como o que tinha o primitivo instrumento de Baudeloque é desnecessario e prejudicial á operação. A curvadura pelvica é essencialmente importante, e deve elevar-se quatro polegadas sobre a superficie horisontal (a. b.); della depende principalmente a exacta apprehensão da cabeça do féto na direcção da linha da bacia, o que não seria possivel sendo a elevação menor; tambem uma maior curvadura pelvica arriscaria apprehender as partes brandas na região anterior da mãi. As colheres do instrumento tem uma polegada e tres linhas de largura, apresentando uma ligeira convexidade pela parte externa, e uma concavidade pela parte interna. Os apices das colheres acabam largos, de modo que quando se juntam ficam unidos na extensão de uma polegada pouco mais ou menos, pelo que particularmente se evita que o instrumento escape. A chanfradura é similhante á do meu forceps, mas mais forte, e nos cabos tambem tem as elevações em forma de gancho, as quaes são muito uteis na extracção, principalmente para melhor se applicar quando as hasteas do instrumento se tem transviado Os cabos tem seis linhas de largura e duas de espessura; esta largura é indispensavel para dar o necessario vigor ao instrumento. O parafuso tem sete polegadas de comprido e a sufficiente força sem demasiadamente augmentar o peso. A fenda na hastea direita, destinada para nella se introduzir o parafuso, deve ter o conveniente comprimento, para na maior se-

paração dos cabos adaptar-se o parafuso com exactidão no buraco da hastea esquerda.

Fig. 186. *O cephalotribo visto da parte superior.* O instrumento está representado completamente fechado como quando na operação se tem inteiramente atarrachado. Todo o comprimento do instrumento (a. c.) é de dezenove polegadas, excedendo uma polegada o prolongamento da fenda do parafuso da hastea direita. O comprimento dos cabos desde o parafuso até ao espigão da chanfradura (a. b.), é de nove polegadas e meia; o comprimento das colheres desde o espigão da chanfradura até ao apice (b. c.) é tambem de nove polegadas e meia. Os apices das colheres (c.), estando o instrumento completamente fechado, estão unidos na extensão de uma polegada. O maior diametro transversal da curvadura pelvica, que no instrumento de Baudeloque é de polegada e meia, neste é sómente de uma polegada (d. d.). As elevações dos cabos em fórma de gancho (e. e.) acham-se, como no forceps, polegada e meia abaixo do espigão da chanfradura. Os cabos tem uns sulcos ondeados para mais firmemente a mão os segurar. O parafuso (f.) é completamente fixo.

Fig. 187. *A operação da cephalotripsia.* Depois de ter tirado o parafuso ao instrumento, applicam-se as hasteas exactamente, segundo as regras da applicação do forceps, abaixando-as na primeira posição para o perineo, e se faz o encaixe do espigão na chanfradura. E' mui importante abaixar o instrumento para a primeira posição, aliàs pegar-se-hia com elle na cabeça muito perto do osso sacro, e o instrumento escorregaria. Mette-se então o parafuso pela fenda larga da hastea femea, e se introduz no buraco da hastea macha; parafusa-se para comprimir os cabos até completamente ficarem atarrachados. Não se deve parafusar com precipitação, para não despedaçar os ossos do craneo; e ter todo o cuidado, quando se parafusa, em não mudar a direcção aos cabos, para as colheres não

escorregarem da cabeça. A sahida do cerebro confirma estar a cabeça completamente comprimida, examina-se ainda uma vez se as colheres se acham bem collocadas aos lados da cabeça, e faz-se então com cautela a tracção de ensaio. Depois disso praticam-se as tracções, como com o forceps, na primeira, segunda e terceira posição; e quando a cabeça se acha fóra das partes genitaes, um ajudante deve sustentar o perineo, porque o operador tem de conduzir com ambas as mãos o grande e pesado instrumento. Quando com as tracções o instrumento se inclina para o diametro obliquo, ou em fim mesmo para o diametro transverso, deve-se seguir com o instrumento esta direcção e continuar nellas, porque as partes brandas da parturiente ficam, por este modo, mais preservadas, por quanto a cabeça comprimida penetra com o seu maior diametro no mais extenso da bacia. Quando nas tracções o instrumento começa a escorregar, se a cabeça ainda está collocada muito em cima, tira-se para se pôr em outra direcção differente, pelo que o craneo é comprimido por todos os lados; porém achando-se a cabeça já posta na sahida da bacia, ordinariamente póde ser extrahida com a mão. Sómente havendo uma consideravel restricção na bacia, de modo que o seu pequeno diametro tenha menos de duas polegadas e tres quartos, é que nos veremos na obrigação de effeituar a extracção com o arpeo obtuso, se o cephalotribo tiver escorregado repetidas vezes.

Na bacia rachitica raras vezes podem as colheres do instrumento pegar na cabeça por ambos os lados, como se acha representado na presente estampa; ordinariamente a cabeça, neste caso, está com a sutura sagital posta no diametro transverso da entrada da bacia; então ficam as colheres locadas sobre o occipital e a testa, ou pelo menos em um diametro obliquo da cabeça.

O cerebro commumente é expellido a travez das orbitas, e examinado o craneo depois da operação acham-se, no maior

numero de casos, os seus ossos comprimidos e raras vezes quebrados. A base do craneo tambem raras vezes está quebrada, mas sim amolgada quer na direcção obliqua quer na longitudinal, e nisto é que essencialmente se funda a preferencia que este procedimento tem sobre a perforação. Os tegumentos do exterior da cabeça ficam quasi sempre intactos; a operação commumente dura o mesmo tempo que dura uma ordinaria operação do forceps, e a mãi é menos offendida.

Taboa XLVII.

Fig. 185. O cephalotribo visto pelo lado.

Fig. 186. O cephalotribo visto pela parte superior.

Fig. 187. A operação da cephalotripsia.

Lith. de M. L. da Cta R. N. dos Mtes nº 12 Lxª

Taboa XLVIII.

Os bisturins para a operação cesareana, as differentes direcções das incisões, e a incisão do utero nesta operação.

A operação cesareana é de tanta transcendencia, e o seu prognostico de tanto perigo, que sómente se tem limitado a rarissimos e inevitaveis casos. Não obstante haverem observações de se ter praticado a operação com feliz successo, com insufficientes instrumentos e em desfavoraveis circumstancias, é porém um indispensavel dever do Parteiro ter bons instrumentos, e evitar cuidadosamente tudo que possa causar damno á paciente. E' superfluo representar todos os actos desta operação, porém será util mostrar, pelas estampas, os mais importantes della.

Um habil operador saberá praticar a operação com dois bisturins ordinarios, um de córte convexo e outro terminado em botão; porém por causa do tamanho da ferida, um bisturim com maior comprimento, largura e solidez, offerece maiores vantagens. Por este motivo mandei fazer dois bisturins rijos, compridos, e fixados por um annel de prata.

Fig. 188. *O bisturim cortante pela convexidade.* Aberto tem seis polegadas e tres quartos de comprimento, de lamina fórte e bem afiada, e com uma convexidade bem prominente á sua ponta. O annel está puxado para a parte anterior, e por este meio fixada a lamina.

Fig. 189. *O bisturim terminado em botão.* Aberto este bisturim tem seis polegadas e meia de comprimento; é um

tanto curvado e termina por um botão pouco prominente. O annel, que deve fixar a lamina, acha-se ainda na parte inferior do cabo, e se deve puxar para o lugar em que existe no precedente bisturim.

Fig. 190. *As differentes direcções da incisão na operação cesareana.* Para se fazer um prognostico mais favoravel tem-se proposto dar differentes direcções á incisão; porém a experiencia tem ensinado, que o essencial da direcção da ferida externa é ficar a parede anterior do utero justamente correspondendo ao meio da mesma ferida; e como o utero, no maior numero de casos, se acha locado mais ou menos directamente para a parte anterior, tem por isso a incisão na linha branca sido mais frequentes vezes praticada; com tudo algumas das outras incisões devem ter preferencia, quando o utero estiver locado para um ou outro lado.

a. a. A incisão sobre a linha branca (*Mauriceau*) começa uma polegada abaixo do umbigo e acaba polegada e meia por cima da symphysis dos pubis. Estando o umbigo bastante alto para poder praticar a incisão na extensão de seis polegadas, e achando-se a parede anterior do utero posta exactamente por de traz da linha branca, prefere-se em geral esta direcção da incisão, a qual é a que mais frequentemente tem sido praticada.

b. b. A incisão ao lado da linha branca. Alguns Parteiros, receando que a união da ferida da parede abdominal na linha branca se não podia fazer por causa da sua textura tendinosa, propozeram fazer a incisão ao lado desta linha, ficando a sua extremidade superior um pouco mais distante della que a extremidade inferior. A pesar de não poder fazer uma objecção particular contra a direcção desta incisão, o receio de não se effeituar a união da linha branca não é sempre fundado.

c. c. A incisão lateral (*Rousset*) é uma das mais antigas. A extremidade superior da incisão é bastante arredada da

linha branca, a extremidade inferior aproxima-se a ella, pouco mais ou menos, uma polegada. Estando o utero consideravelmente inclinado para um lado, esta direcção da incisão é preferivel, porque por este modo se evita o prolapso dos intestinos.

d. d. A incisão transversal recommendada por *Lauverjat*, é a menos conveniente, e modernamente está em desuso; as suas suppostas vantagens não podem compensar os visiveis inconvenientes e incommodos que lhe são subsequentes.

e. e. A incisão diagonal, recommendada por *Stein filho*, não tem sido praticada muitas vezes para sobre ella se poder fazer um juizo certo.

Fig. 191. *A incisão sobre o utero.* Esta estampa representa o tempo em que se abre o utero com o bisturim de botão. Uma grande esponja fendida e untada com oleo é applicada por um ajudante facultativo com ambas as mãos na parte superior sobre os lados da ferida, para por este modo fixar o utero, e impedir a sahida dos intestinos pela parte superior e pelos lados; não havendo a esponja, pode-se usar de um guardanapo dobrado e untado. Não se faz necessario applicar outra esponja fendida no angulo inferior da ferida, para fazer uma pressão circular completa sobre o utero, como propoz Graefe, porque a sahida dos intestinos pela parte inferior não é facil, e o espaço para a operação ficaria, por este modo, mui diminuto. Com o bisturim cortante pela convexidade se faz a incisão da pelle, dos musculos, e tambem do peritoneo em toda a extensão da ferida de modo que o utero appareça. Com o mesmo bisturim faz-se uma pequena incisão no utero, na parte correspondente ao meio da ferida exterior, na qual se introduz o dedo indicador da mão esquerda, para praticar sobre elle, com o bisturim de botão, uma incisão no utero de dentro para fóra, na direcção para cima e para baixo. A ponta do dedo promina sempre um pouco o botão do bisturim, para não offender alguma parte do féto que se apresente.

Taboa XLVIII.

Fig. 188. O bisturim cortante pela convexidade para a operação cesareana.

Fig. 189. O bisturim de botão para a mesma.

Fig. 190. As differentes direcções da incisão na operação cesareana.

Fig. 191. A incisão do utero na operação cesareana.

Tab. XLVIII.

Fig. 190.

Fig. 188

Fig. 189

c b a

d a e

e

c b a

Fig. 191.

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos. M.tes N.o 19 Lx.

Taboa XLIX.

A extracção do feto na operação cesareana, e a sutura verdadeira.

Fig. 192. *A extracção do feto na operação cesareana.* Depois de ter feito a incisão do utero, que não deve ter de extensão menos de cinco polegadas nem mais de seis, e depois de ter com os dedos rasgado as membranas do ovo, o Parteiro introduz a mão direita pela ferida dentro do utero, pega nos pés do feto como na versão, e os extrahe. Antes da completa extracção do feto, introduz-se, por baixo delle dentro do utero, quatro dedos da mão esquerda, para o segurar e sustentar, quando a mão direita o extrahe, e no momento em que a cabeça está para sahir, os qnatro dedos se applicam sobre o rosto e a fronte do féto, elevando e fazendo sahir por este modo a cabeça para fora. E' mui essencial que os quatro dedos introduzidos dentro do utero aí permaneçam até se ter levantado a cabeça, porque aliàs o utero se contrahe sobre o pescoço do féto, e constringe a cabeça de modo que para pode-la extrahir tem que dilatar-se a ferida do utero, o que é sempre um acontecimento desfavoravel.

Fig. 193. *A sutura verdadeira e o apposito depois da operação cesareana.* Depois de extrahido o féto e a placenta, e ter enxugado quanto for possivel o sangue e a agoa derramada na cavidade abdominal, une-se a ferida. Ainda que modernamente alguns queiram que a ferida do utero se una por meio da sutura verdadeira, este procedimento é escusado, porque os bordos da ferida do utero ordinariamente se unem pelas contracções do mesmo utero. Porém a ferida da parede abdo-

minal deve-se, em todos os casos, unir pela sutura verdadeira; procedendo-se de outro modo sempre os resultados são funestos. Ordinariamente são necessarios cinco ou seis pontos de sutura, que devem ser feitos de baixo para cima, começando no angulo inferior da ferida. As agulhas devem penetrar de dentro para fóra e as suas pontas sahirem bastantemente distante da margem da ferida para a sutura não causar o rasgamento. No maior numero de casos se prefere interessar tambem o peritoneo.

Os fios ou fitilho deve ser bem apertado ao lado da ferida por um nó dobrado para os seus bordos ficarem bem unidos, havendo o cuidado de não comprehender na laçada os intestinos, ou o epiplon. No angulo inferior da ferida introduz-se uma tira de panno untada em ceroto, para facilitar a sahida do liquido escretado. Por entre os pontos da sutura se applicam tiras compridas de emplastro adhesivo, as quaes partindo do dorso e abrangendo todo o abdomen, cruzam sobre a ferida. Todo o apposito se segura por meio de uma conveniente faxa de ventre.

Taboa XLIX.

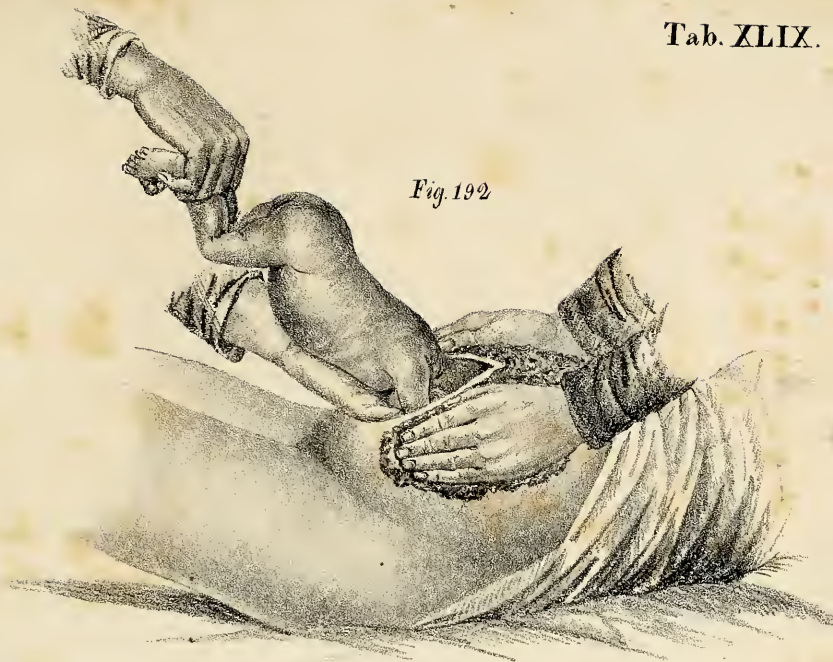
Fig. 192. A extracção do féto na operação cesareana.

Fig. 193. A sutura na operação cesareana.

Tab. XLIX.

Fig. 192

Fig. 193

Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 Lx.a

Taboa L.

O tratamento technico do delivramento no seu curso normal e anormal.

Posto que os Parteiros não fossem, por muito tempo, concordes entre si na opinião sobre se deveriam ou não extrahir as secundinas pelos meios da arte depois do parto, com tudo nos tempos modernos, o maior numero delles tem adoptado promover a sua extracção, em todos os casos em que a operação possa praticar-se, depois do féto ter sido expulso, sem causar grande inconveniente. Não obstante, as opiniões ainda differem sobre um ponto, dando uns o preceito de em todos os casos praticar a extracção das secundinas logo depois do parto, em quanto que outros prescrevem o fazer-se a sua extracção em cada caso de retenção, sómente segundo certas indicações, de maneira que ella deve ser praticada em alguns casos logo e com urgencia, e em outros casos só depois de precedentemente ter dado os convenientes remedios. Segundo esta ultima doutrina, adoptada por mim, nesta Taboa vão ser representados os soccorros operatorios para o delivramento.

Fig. 194. *A extracção, segundo as regras, das secundinas descolladas.* Depois de ter sahido o feto e estar separado da mãi pela ligadura e secção do cordão umbilical, examina-se, por cima dos ossos pubis, se o utero está bem contrahido, esperando com quietação até se manifestarem os signaes de descollamento, principalmente a evacuação de algum sangue. Ordinariamente acontece isto vinte minutos depois do parto, e

então examina-se, pela introducção do dedo indicador dentro da vagina, se a placenta já tem descido para ella, ou pelo menos uma grande parte. Neste caso e sómente então se póde extrahir, fazendo tracções, segundo a arte, sobre o cordão umbilical; e absolutamente se deve evitar puxar por elle antes, para descobrir se existe o descollamento, porque resultaria disso graves inconvenientes. Além disso deve-se estar certo de que o fundo do utero se acha ao mesmo tempo, em fórma de globo, contrahido por cima da symphysis dos pubis, porque achando-se no estado de relaxação, a extracção da placenta, vinda mesmo descollada, póde causar prejuizo. Para tirar a placenta descollada segura-se o cordão umbilical com a mão esquerda, de maneira que o polex o fixe sobre o dedo indicador na direcção das partes genitaes; então introduz-se o dedo indicador e mediano da outra mão sobre o cordão distendido dentro da vagina, fazendo com estes dois dedos uma ligeira força para baixo na direcção do osso sacro, em quanto que com a mão esquerda, que o segura exteriormente, exerce uma branda tracção, e offerecendo-se algum obstaculo far-se-hão movimentos rodatorios. Depois da placenta ter descido um pouco, os dedos locados na vagina elevam-se para a parte superior até á placenta, affastando-a dos ossos pubis e abaixando-a, continuando com a outra mão as tracções. Logo que as secundinas se apresentam na vulva, as tracções pelo cordão umbilical se dirigem obliquamente para a parte superior, e sahindo uma porção, pega-se nella com ambas as mãos, dá-se-lhe uma volta ou torcedura e se extrahem com cuidado para as não rasgar, nem ficar dentro algumas porções das membranas do ovo. Neste procedimento ambas as mãos operam sempre juntas, de maneira que em quanto a mão exterior exerce a tracção, a outra mão opera de modo que a placenta não se fixe nos ossos pubis.

Fig. 195. *A descollação da placenta anormalmente adhe-*

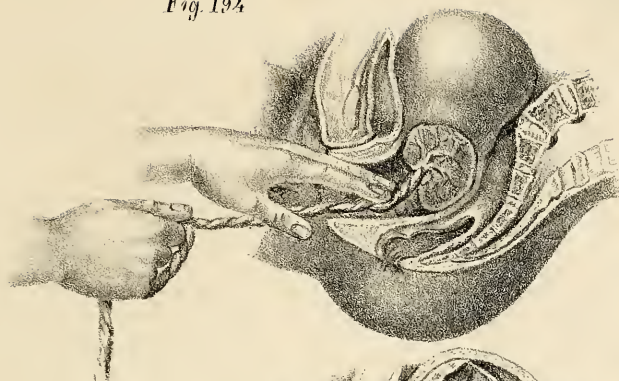
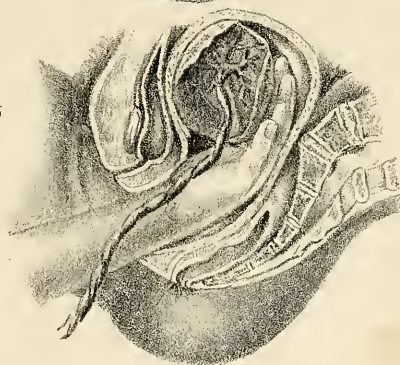
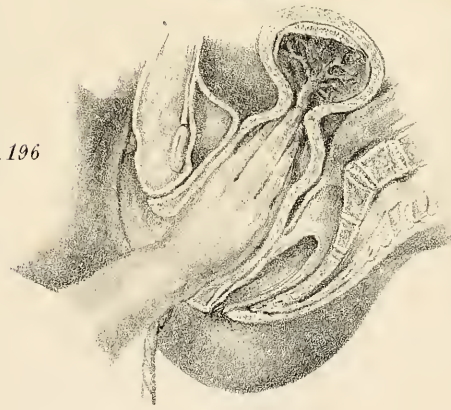
Lith. de M. L. da C.ta R. N. dos M.tes N.o 12 Lx.a

rente. Quando o dedo introduzido não encontra as secundinas na vagina, e se tem reconhecido pela exploração estar o utero contrahido, póde suppor-se que a placenta está anormalmente adherente a elle, e por isso o seu descollamento não póde ser effeituado pelos esforços da natureza. Sendo isto acompanhado de hemorrhagia proveniente do descollamento parcial da placenta, deve-se immediatamente fazer o descollamento artificial; pelo contrario não existindo hemorrhagia, nem outro algum accidente atemorizante, póde-se esperar algumas horas, porque não sendo a adherencia excessiva, a natureza ás vezes effeitua o descollamento. Com tudo não se deve, neste caso, esperar muito tempo, e nunca o Parteiro deve abandonar a parturiente sem primeiro extrahir as secundinas. Para descollar a placenta escolhe-se sempre a mão de quem a face palmar fique dirigida para o lado a que a placenta adhera. Introduz-se a mão dentro do utero, segundo as regras, para alcançar o bordo superior do lado da placenta, e a separa brandamente, com alguns dedos, da parede uterina, e por este modo continúa por entre a parede do utero e a placenta até completamente a descollar, e a abrange depois com a mão para a extrahir, por ligeiros movimentos rodatorios, para fóra das partes genitaes. Se em algum ponto a adherencia for tão intima, que não possa facilmente obter descolla-la, separa-se com as pontas dos dedos o ponto da inserção na placenta, deixando as fibras separadas adherentes á parede do utero, as quaes hão de sahir com a fluxão lochial. Deve-se porém ter todo o cuidado em não deixar dentro do utero alguns bocados da placenta.

Fig. 196. *A extracção da placenta encastoada ou clausurada.* Quando as secundinas ficam retidas pela contracção espasmodica do utero, ou, o que é mais frequente, por haver estreiteza em um ponto mais alto do utero, chama-se isto clausurada ou encastoada (placenta encarcerada). Esta contracção offerece uma differente força, oppondo umas vezes um obstaculo

facil de vencer, e outras vezes tão consideravel, que é impossivel chegar com a mão á placenta clausurada. Muitos Parteiros querem ainda hoje, neste caso, que se faça logo a extracção por um procedimento operatorio; tendo porém a experiencia mostrado, que esta doutrina tem sido seguida de repetidos prejuizos, deve-se por consequencia proceder diversamente, segundo as differentes circumstancias. Não havendo metrorrhagia, ou qualquer outro accidente atemorizante, não se deve tocar na placenta, e pôr-se a paciente no uso interno de remedios antispasmodicos, nos casos menos graves, da ipecacuanha, e nos mais graves addicionando-lhe o opio. Em consequencia disto muitas vezes a contracção espasmodica desvanece-se, e passado algum tempo a placenta desce para a vagina. Quando porém o espasmo dura por muito tempo, o Parteiro não deve desamparar a parturiente sem extrahir as secundinas, e a execução da operação, se é necessaria, ordinarismente é facil, tendo precedido o tratamento antispasmodico. No caso porém do encastoamento se complicar com a metrorrhagia, de modo que a vida della esteja arriscada, a extracção das secundinas retidas não se deve demorar, e se pratica logo depois de se ter administrado uma dóse de tintura de opio. Introduz-se a mão em fórma de cone, segundo as regras, dentro do utero até á restricção, penetra-se nella com as pontas dos dedos e depois com a mão, fazendo movimentos rodatorios, em quanto que com a outra mão sustenta cuidadosamente o fundo do utero. Esta penetração com a mão dentro da restricção requer, nos casos mais graves, perseverança e mesmo alguma força; porém deve-se nisto tambem ter todo o cuidado de não empregar violencia, podendo aliàs facilmente resultar d'aí o rompimento do utero. Logo que a mão tem penetrado na restricção faz-se, segundo as regras, o descollamento da placenta no caso de estar adherente, e se tira acauteladamente para fóra.

FIM.

Indice.

Fig. 142. A extracçao do féto na apresentação das nadegas, depois destas terem sahido.

Tab. XXXIII. A versão do féto sobre a cabeça e sobre as nadegas; preparativo para a versão sobre os pés, na apresentação pelo dorso; a descida dos pés, na apresentação pelas nadegas.

Fig. 143. A versão sobre a cabeça.

Fig. 144. A versão sobre as nadegas.

Fig. 145. Os preparativos para a versão sobre os pés, na apresentação do féto pelo dorso.

Fig. 146. A descida dos pés, na apresentação pelas nadegas.

Tab. XXXIV. A maneira de pegar nas pernas dentro do utero para fazer a versão sobre os pés.

Fig. 147. O modo de pegar e fazer a extensão das pernas.

Fig. 148. O modo de pegar nas pernas, estando collocadas ao lado uma da outra.

Fig. 149. O modo de pegar nos pés, segundo as regras, para praticar a versão.

Fig. 150. O modo de pegar nos pés na apresentação do féto pelo vertice.

Tab. XXXV. A maneira de proceder á versão do féto, segundo as regras, na sua apresentação pela cabeça; applicação do laço e extracção do féto.

Fig. 151. A maneira de fazer a versão do féto na sua apresentação cephalica.

Fig. 152. A applicação do laço a um pé.

Fig. 153. A extracção do féto por ambos os pés.

Tab. XXXVI. A extracção do féto por nm pé; a continuação da extracção, e o afroxamento do cordão umbilical.

Fig. 154. A extracção por um só pé.

Fig. 155. A continuação da extracção.